COUNTWAY LIBRARY
HC 53ZB 7

ΑΙ ΩΤΟΓΕΝΕΙΣ ΕΝΔΟΚΡΑΝΙΑΚΑΙ ΕΠΙΠΛΟΚΑΙ

ΥΠΟ

ΔΗΜ. ΣΤ. ΔΗΜΗΤΡΙΑΔΟΥ

ΚΑΘΗΓΗΤΟΥ

1924

WV
200
D377a
1923

BOSTON
MEDICAL LIBRARY

IN THE
Francis A. Countway
Library of Medicine
BOSTON

ΒΙΒΛΙΟΔΕΤΕΙΟ
Ι. ΑΜΠΑΤΖΟΠΟΥΛΟΥ
7 ΟΔΟΣ ΚΟΛΟΚΟΤΡΩΝΗ 7

230

ΑΙ ΩΤΟΓΕΝΕΙΣ

ΕΝΔΟΚΡΑΝΙΑΚΑΙ ΕΠΙΠΛΟΚΑΙ

ΥΠΟ

ΔΗΜΗΤΡΙΟΥ ΣΤΥΛ. ΔΗΜΗΤΡΙΑΔΟΥ

Ε. Καθηγητοῦ τῆς ὠτολογίας καὶ ῥινολαρυγγολογίας ἐν τῷ Ἐθνικῷ Πανεπιστημίῳ
καὶ ἀνταπιστέλλοντος Μέλους
τῆς ὠτολογικῆς καὶ ῥινολαρυγγολογικῆς Ἑταιρείας τῆς Βιέννης.

ΕΝ ΑΘΗΝΑΙΣ
1923

BOSTON MEDICAL LIBRARY
FRANCIS A. COUNTWAY
LIBRARY OF MEDICINE

WV
200
D377a
1923

ΤΩι ΑΞΙΟΤΙΜΩι ΣΥΝΑΔΕΛΦΩι

Κω G. ALEXANDER

ΚΑΘΗΓΗΤΗι ΤΗΣ ΩΤΟΛΟΓΙΑΣ

ΕΝι ΤΩι ΕΝ ΒΙΕΝΝΗι ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΩι

ΕΠΙ ΤΗι ΠΕΝΤΗΚΟΝΤΑΕΤΗΡΙΔΙ ΤΟΥ

ΤΙΜΗΣ ΕΝΕΚΕΝ

ΑΝΑΤΙΘΕΤΑΙ

Prof. Dr Dem. Styl. Demetriades

Athen 18/XII/923

Αἱ

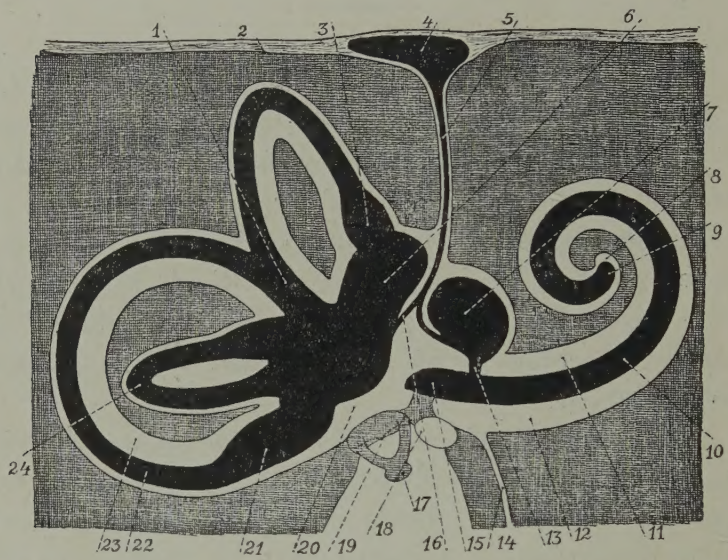
ΩΤΟΓΕΝΕΙΣ ΕΝΔΟΚΡΑΝΙΑΚΑΙ ΕΠΙΠΛΟΚΑΙ

Γνωστὸν τυγχάνει ὅτι αἱ πυώδεις παθήσεις τοῦ μέσου καὶ ἔσω ὠτὸς πολλάκις δὲν περιορίζονται μόνον ἐν αὐτῷ ἀλλ' ὅτι ἐπεκτείνονται πέραν τῶν ὁρίων τούτων προκαλοῦσαι βαρείας ἐνδοκρανικὰς καὶ συχνὰ θανατηφόρους ἐπιπλοκάς, ἐὰν ἐγκαίρως δὲν διαγνωσθῶσι καὶ καταλλήλως θεραπευθῶσι, τὸ δὲ ἀπόφθεγμα τοῦ *Wilde* «τὴν πορείαν καὶ τὸ τέλος τῆς πυώδους ὠτίτιδος δὲν δυνάμεθα νὰ προείπωμεν», συχνάκις ἐν τῇ ἰατρικῇ ἡμῶν πράξει βλέπομεν ἐπιβεβαιούμενον.

Ὡς τοιαῦται ἐπιπλοκαὶ εἶναι ἡ ἐξωτερικὴ παχυμηνιγγῖτις, τὸ ἐξωμηνιγγικὸν ἀπόστημα, τὸ ἐνδομηνιγγικὸν ἀπόστημα, τὸ ὑπὸ τὴν σκληρὰν μήνιγγα ἀπόστημα, τὸ ἐγκεφαλικὸν ἀπόστημα, ἡ θρομβοκολπῖτις, ἡ πυώδης καὶ ὀρώδης μηνιγγῖτις, ἢ καὶ πολλάκις συνδυασμὸς τούτων,

Αἱ ὁδοὶ ἃς ἀκολουθοῦσιν αἱ ἐπιπλοκαὶ αὗται, αἱ ἐγκατασκηνοῦσαι συνήθως εἰς τὴν μέσην καὶ ὀπισθίαν κρανιακὴν κοιλότητα εἶναι ποικίλαι. Ἡ μόλυνσις τοῦ ἐνδοκρανίου ἐπιτελεῖται εἴτε βραδέως κατ' ἐπινέμησιν ἀπὸ τοῦ πάσχοντος ὀστοῦ πρὸς τὰς μήνιγγας, συντρεχούσης πρὸς τοῦτο καὶ τῆς προϋπάρξεως ἐνίοτε ῥωγμῶν ἢ πόρων τοῦ ὀστοῦ ἢ διὰ μεταστάσεως, τὰ κωλύματα εἰς τὴν πρὸς τὰ ἔξω παροχέτευσιν τοῦ πύου συχνὰ προκαλοῦσι ἢ τουλάχιστον ἐπιταχύνουσι τὴν ἐμφάνισιν τῶν ἐνδοκρανιακῶν ἐπιπλοκῶν, οὕτω λ.χ. ἀτελὴς παρακέντησις τοῦ τυμπάνου, ἰσχυρὰ διάσεισις τῆς κεφαλῆς, ξένα σώματα, ἰσχυρὸς ἐπι-

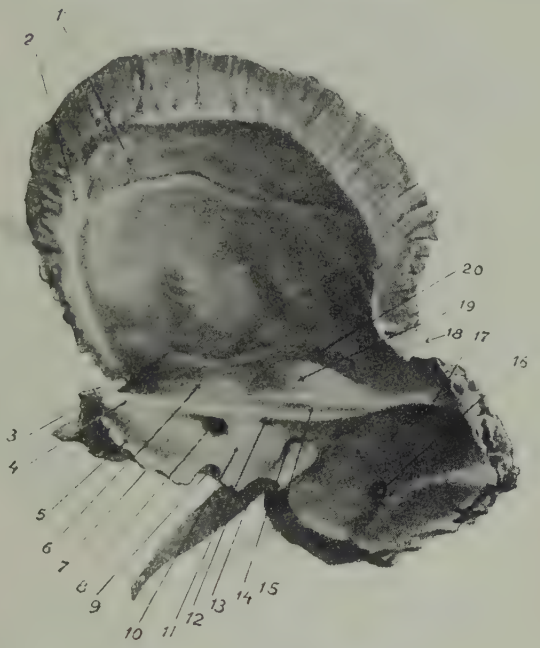
πωματισμός, διακλυσμὸς μετὰ τραῦμα τοῦ τυμπάνου, ἰσχυρὰ καυτήρια (ἰδία περίπτωσις) λίαν ἀπεσκληρυσμένον ὀστοῦν καὶ τὰ τοιαῦτα. Εἰς τὰς ὠτικὰς φλεγμονὰς ὡς γνωστὸν συγκαταλέγονται καὶ αἱ τοῦ ἔσω ὠτός, ἤτοι αἱ τοῦ λαβυρίνθου, ὁπόθεν αἱ φλεγμοναὶ μεταδίδονται συνήθως πρὸς τὸ ἐνδοκράνιον, (ἴδε εἰκὼν 1) τοιαύτην δι' ἐπιῤῥοὴν ἔχουσιν



Εἰκὼν 1.—[Sobotta Desjardins].—Ὁ ὑμενώδης λαβύρινθος (σχηματικῶς).

1) Κοινὸν στόμιον τοῦ ἄνω καὶ ὀπισθίου ἡμικυκλίου σωλῆνος.
2) Ἄνω (ἐνδοκρανιακὴ) ἐπιφάνεια τοῦ κροταφικοῦ (λιθοειδοῦς).
3) Ἄνω λήκυθος.
4) Ἐνδολημφικὸς θύλακος.
5) Ἐνδολημφικὸς πόρος.
6) Ἐλλειπτικὸν κυστίδιον.
7) Σφαιρικὸν κυστίδιον ἢ ἀσκίδιον.
8) Τομὴ διὰ τοῦ κοχλίου.
9) Ἄνω τυφλὸν πέρας τοῦ κοχλίου (κορυφαῖον ἄκρον).
10) Κοχλιακὸς πόρος.
11) Κλίμαξ τῆς αἰθούσης.
12) Κλίμαξ τοῦ κοχλίου.
13) Συνδετικὸν σωληνάριον.
14) Ὑδραγωγὸς τοῦ κοχλίου.
15) Αἰθουσαῖον τυφλὸν τοῦ κοχλιακοῦ πόρου.
16) Ἐνδολημφικὸς πόρος (ductus utriculosaculanis).
17) Ἀναβολεύς.
18) Στρογγύλη θυρίς.
19) Ὠοειδὴς θυρίς.
20) Ἔξω λημφικὸς χῶρος (καὶ δὴ ἡ cisterna).
21) Ὀπισθία ἢ κάτω λήκυθος).
22) Ὀπίσθιος ἡμικύκλιος σωλήν.
23) Ἔξω λημφικὸς χῶρος.
24) Ἔξω ἡμικύκλιος σωλήν.

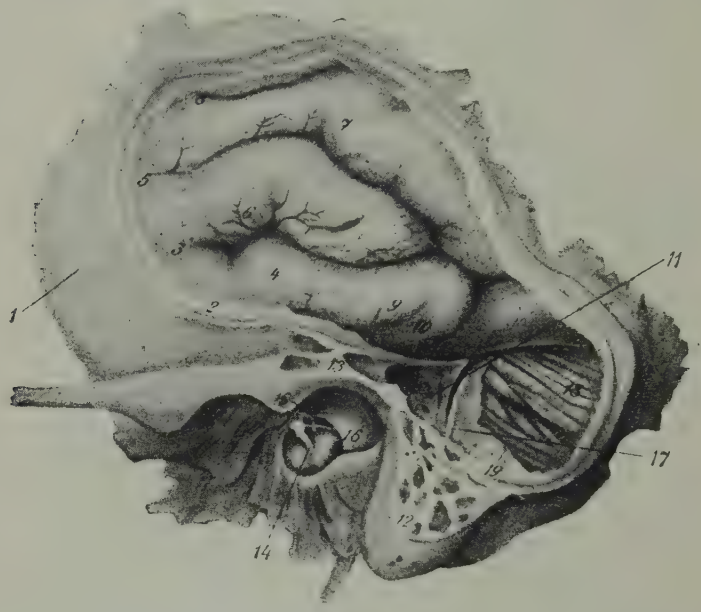
αἱ φλεγμοναὶ τοῦ λαβυρίνθου ἐπὶ τῶν ἐνδοκρανιακῶν ἐπιπλοκῶν, ὥστε ἐμφανιζομένων ἐγκεφαλικῶν καὶ παρεγκεφαλιδικῶν συμπτωμάτων, πρωτίστως τὴν προσοχὴν ἡμῶν ὀφείλομεν πρὸς τὸν λαβύρινθον νὰ στρέψωμεν.



Εἰκὼν 2.—[Spalteholz].—Τὸ κροταφικὸν ὀστοῦν ἐκ τῶν ἔσω.

1) Ἐγκεφαλικὴ ἐπιφάνεια τοῦ κροταφικοῦ ὀστοῦ.
2) Αὔλαξ διὰ τὴν μέσην μηνιγγικὴν ἀρτηρίαν.
3) Ἐντύπωμα τοῦ τριδήμου ν. [ἡ γραμμὴ ἐπεκταθήτω μέχρι τοῦ μελανοῦ σημείου ἐπὶ τῆς προσθίας ἄνω ἐπιφανείας].
4) Ἄνω χεῖλος μοίρας τοῦ κροταφικοῦ ὀστοῦ.
5) Κάτω λιθοειδὴς αὔλαξ.
6) Προσθία ἄνω ἐπιφάνεια τοῦ κροταφικοῦ ὀστοῦ.
7) Ὀπίσθιον χεῖλος τοῦ λιθοειδοῦς ὀστοῦ.
8) Ἔσω ἀκουστικὸς πόρος.
9) Ἔξω στόμιον τοῦ ὑδραγωγοῦ τοῦ κοχλίου [κοχλιακὸν, σωληνάριον].
10) Ὀπισθία ἄνω ἐπιφάνεια τοῦ λιθοειδοῦς ὀστοῦ.
11) Ὑποκαμαρωτὸς βόθρος.
12) Μεσοσφαγιτιδικὴ ἀπόφυσις.
13) Σφαγιτιδικὴ ἐντομή.
14) Ἔξω στόμιον τοῦ ὑδραγωγοῦ τῆς αἰθούσης.
15) Ἄνω λιθοειδὴς αὔλαξ.
16) Μαστοειδὲς τρῆμα.
17) Σιγμοειδὴς αὔλαξ.
18) Βρεγματικὴ ἐντομή.
19) Καμαρωτὸν ἔπαρμα.
20) Λιθολεπιδοειδὴς ῥαφή.

Ἐκ τοῦ εἴδους τῆς ὠτικῆς παθήσεως ἤτοι τῆς ὀξύτητος ἢ χρονιότητος αὐτῆς ἐξαρτᾶται κατὰ πολὺ καὶ ἡ ἕδρα τῆς ἐνδοκρανιακῆς ἐπιπλοκῆς. Οὕτω ἐπὶ μὲν τῶν ὀξειῶν



Εἰκὼν 3.—[Brühl].—Τοπογραφικαὶ σχέσεις ἐγκεφάλου καὶ κροταφικοῦ ὀστοῦ.

1) Λεπιδοειδές.
2) Σκληρὰ μῆνιγξ.
3) 2α κροταφικὴ αὔλαξ.
4) 3η κροταφικὴ ἕλιξ.
5) 1η κροταφικὴ ἕλιξ.
6) 2α κροταφικὴ ἕλιξ.
7) 1η κροταφικὴ ἕλιξ.
8) Σελουΐειος αὔλαξ.
9) 3η κροταφικὴ ἕλιξ.
10) Ἀτρακτοειδὴς [κροταφοϊνιακὴ] ἕλιξ.
11) Μαστοειδὲς ἄντρον.
12) Μαστοειδὴς ἀπόφυσις καὶ κυψέλαι.
13) Λεπιδοειδεῖς κυψέλαι.
14) Σφῦρα.
15) Ἄκμων.
16) Χορδὴ τοῦ τυμπάνου.
17) Ἐγκάρσιος κόλπος.
18) Παρεγκεφαλὶς μετὰ τῆς μείζονος ὁριζοντίας αὔλακος.
19) Μαστοειδὲς [Σαντορίνειον] σωληνάριον.

μέσων πυωδῶν ὠτιτίδων ἡ φλεγμονὴ ἐπεκτείνεται κατὰ προτίμησιν εἰς τὴν ὀπισθίαν κρανιακὴν κοιλότητα. (ἴδε εἰκὼν 2) ἐπὶ δὲ χρονίων εἰς τὴν μέσην καὶ ὀπισθίαν μὲ προτίμησιν εἰς τὴν μέσην.

Ἐπὶ δὲ τῶν διαπυήσεων τοῦ λαβυρίνθου ἡ ἐνδοκρανιακὴ φλεγμονὴ ἀποκλειστικῶς ἐπεκτείνεται εἰς τὴν ὀπισθίαν κρανιακὴν κοιλότητα (ἴδε εἰκὼν 3).

Κατὰ τὸν *Körner* αἱ ἐνδοκρανιακαὶ ἐπιπλοκαί, εἶναι συχνότεραι ἐπὶ τῶν χρονίων ἢ τῶν ὀξειῶν φλεγμονῶν τοῦ μέσου ὠτός Τὸ τοιοῦτον ἀποδοτέον εἰς τὴν μακρὰν διάρκειαν τῶν πρώτων καὶ οὐχὶ εἰς τὸ βαρύτερον τῆς περιπτώσεως.

Ἀπὸ προφυλακτικῆς ἀπόψεως γενικῶς κατὰ τῶν ἐνδοκρανιακῶν ἐπιπλοκῶν δέον εὐθὺς ἐν ἀρχῇ νὰ σημειώσωμεν τὴν ἔγκαιρον καὶ εὐρεῖαν παρακέντησιν ἐπὶ ὀξειῶν περιπτώσεων καὶ τὴν ἐπίκαιρον ἀνάτρησιν τῆς μαστοειδοῦς μετ' ἀφαιρέσεως ὁλοκλήρου τοῦ πάσχοντος ὀστοῦ. Τὸ «*ubi pus ubi evacue*» ὅθεν, ὑπὲρ πᾶσαν ἄλλην χώραν τοῦ σώματος ἐνταῦθα δέον νὰ τηρεῖται πρὸ ὀφθαλμῶν. Τὰς ἐπὶ τῶν χρονίων προφυλακτικὰς ἐνδείξεις θέλομεν πραγματευθεῖ εἰς τὰ εἰδικὰ κεφάλαια.

ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΑΝΑΤΟΜΙΚΗ

Εξωτερικὴ παχυμηνιγγῖτις. — Ἐξωτερικὸν ἐπὶ τῆς σκληρᾶς μήνιγγος ἀπόστημα εἰς τὴν ὀπισθίαν καὶ μέσην κρανιακὴν κοιλότητα.

Ἡ ἐνδοκρανιακὴ αὕτη ἐπιπλοκὴ εἶναι ἐκ τῶν συνηθεστέρων τῆς ὀξείας ἢ χρονίας μέσης πυώδους ὠτίτιδος καὶ μαστοειδίτιδος, τὸ τοιοῦτον δὲ ἀποδοτέον εἰς τὰς ἀνατομικὰς σχέσεις ἀλλὰ κυρίως εἰς τὴν μεγάλην ἀνθεκτικότητα τῆς σκληρᾶς μήνιγγος κατὰ τῶν ἐξωτερικῶν φλεγμονῶν, ἄνευ τῆς ὁποίας αἱ βαρύτεραι θανατηφόροι ἐπιπλοκαί, τὰς ὁποίας παρακατιόντες θέλομεν ἀναπτύξει, ἤθελαν εἶσθε ἀπείρως συχνότεραι, καὶ εἰς τὴν χαλαρότητα

τῆς συνθέσεως ταύτης πρὸς τὸ ἔσω πέταλον τῆς κρανιακῆς κάψης, ὥστε τὸ παραμένον εὐένδοτον διάστημα ὡς τάφρος οὕτως εἰπεῖν παρεμποδίζει τὴν ἄμεσον ἐπινέμησιν τῆς ὀστεώδους φλεγμονῆς διὰ τῶν λεμφικῶν χώρων τῆς σκληρᾶς μήνιγγος πρὸς τὸν ὑποσκληρείδιον καὶ ὑπαραχνοειδῆ χῶρον καὶ τὸν ἐγκέφαλον, δίδουσα ἀφ' ἑνὸς καιρὸν εἰς τὴν σκληρὰν μήνιγγα νὰ ἀντιδράσῃ, ἀφ' ἑτέρου δὲ παρέχουσα χῶρον εἰς τὰ προϊόντα τῆς ἀντιδράσεως. Ἡ σπουδαιότης τῆς χαλαρότητος τῆς συνδέσεως ταύτης ἐμφαίνεται ἐκ τῶν περιπτώσεων ὠτιτίδων τῶν νεογνῶν κατὰ τὰ πρῶτα 3-4 ἔτη τῆς ἡλικίας, καθ' ἃ λόγῳ τῆς στενωτέρας συνδέσεως αἱ ὠτογενεῖς μηνιγγίτιδες εἶναι συχνότεραι ἐν ᾧ ἐξ ἀντιθέτου αἱ θρομβοκολπίτιδες σπανίζουσιν. Ἡ ἐξωτερικὴ παχυμηνιγγῖτις εἶναι συχνάκις κυρίως ἐπὶ τῶν παιδίων φυματιώδους φύσεως *(Körner)* προερχομένη ἐκ φυματιώδους ὀστίτιδος τοῦ κροταφικοῦ ὀστοῦ. Ἡ ἔκτασις τῶν φυματιωδῶν ἀλλοιώσεων τοῦ ὀστοῦ δύναται νὰ εἶναι μεγάλη. Ἡ ἐξωτερικὴ παχυμηνιγγῖτις καὶ τὸ ἐξωμηνιγγικὸν ἀπόστημα παρουσιάζεται συχνότερον ἐπὶ τῆς ὀξείας ἢ χρονίας μέσης πυώδους ὠτίτιδος ; παρ' ἣ ὁ συμπαγὴς σχηματισμὸς τοῦ ὀστοῦ λόγῳ τῆς χρονίας φλεγμονῆς, ἀποτελεῖ κώλυμα, ὁσάκις δὲ ἐμφανίζεται κατὰ τὰς χρονίας, ὀφείλεται εἰς ὀξεῖαν παρόξυνσιν ταύτης, σπανιώτερον ἀλλοιουμένης τῆς μήνιγγος διὰ βραδείας ἐπεκτάσεως τῆς φλεγμονῆς κατὰ βάθος. Κατὰ τὸν *Alexander* διακρίνομεν ἀναλόγως τῆς θέσεως τῆς ἐμφανίσεως, ἐξωτερικὴν παχυμηνιγγίτιδα καὶ ἐξωμηνιγγικὸν ἀπόστημα τοῦ μέσου καὶ τοῦ ὀπισθίου ἐγκεφαλικοῦ βόθρου, δυνατὸν ὅμως πλὴν σπανίως καὶ ἀπὸ τοῦ ἑνὸς εἰς τὸν ἄλλον βόθρον νὰ ἐπεκταθῇ.

Τὰ ἀποστήματα τὰ ἐπὶ τῆς ἐπιφανείας τοῦ λιθοειδοῦς ἐμφανιζόμενα καλοῦνται καὶ παραλαβυρινθικά, τὰ δὲ ἐπὶ τῆς διαδρομῆς τῶν κόλπων περικολπικὰ (περικολπικὴ παχυμηνιγγῖτις). Συχνότερον προσβάλλεται ἡ μῆνιγξ ἡ ἀντι-

στοιχοῦσα εἰς τὸ μέσον οὗς καὶ τὴν μαστοειδῆ ἀπόφυσιν τῆς θέσεως τῆς φλεγμονῆς ἐξαρτωμένης ἐκ τῆς κατασκευῆς μεγέθους καὶ ἐπεκτάσεως τῶν μαστοειδῶν καὶ περιλαβυρινθικῶν κυψελῶν καὶ τῆς λεπτότητος τοῦ ἔσω πετάλου τῆς κρανιακῆς κάψης.

Ἡ θέσις τῆς σιγμοειδοῦς αὐλακος, ἀποτελεῖ θέσιν προτιμήσεως καθ' ἣν ἐμφανίζεται ἡ φλεγμονώδης ἐπεξεργασία τῆς σκληρᾶς μήνιγγος. Ἐπὶ τῶν ὀξειῶν μέσων τυωδῶν ὠτιτίδων καὶ μαστοειδιτίδων, ἐμφανίζεται ἡ φλεγμονὴ κυρίως κατὰ τὸν ὀπίσθιον κρανιακὸν βόθρον.

Κατὰ τὰς χρονίας ἡ πρὸς τὰ ὀπίσω ἐπέκτασις τῆς φλεγμονῆς εἶναι ὀλιγώτερον συνήθης λόγῳ τοῦ συμπαγοῦς, ὡς προελέχθη τῶν μαστοειδῶν κυψελῶν εἰς τὰς περιπτώσεις ταύτας. Ἡ ἐξωτερικὴ παχυμηνιγγῖτις καὶ τὸ ἐξωμηνιγγικὸν ἀπόστημα ἐμφανίζεται συνήθως κατὰ τὸ ὀπίσθιον τοίχωμα τοῦ ἄντρου πλησίον τῆς ὀροφῆς τῆς τυμπανικῆς κοιλότητος, μάλιστα ἐπὶ χολοστεατωμάτων ἑδραζομένων μεταξὺ ὀροφῆς τῆς τυμπανικῆς κοιλότητος καὶ σφύρας καὶ ἄκμονος (ἐπιτυμπανικὸν ἀπόστημα). Ἀλλ' οὐχὶ μόνον ἐκ τῶν ἔξω πρὸς τὰ ἔσω προϊοῦσαι φλεγμονώδεις ἐπεξεργασίαι καταλήγουσιν εἰς ἐξωτερικὴν παχυμηνιγγίτιδα καὶ ἐξωμηνιγγικὸν ἀπόστημα. Ἡ θρομβοκολπῖτις, τὸ ἐγκεφαλικὸν ἀπόστημα ἐνίοτε ἰδίως ἐπὶ περιπτώσεων αὐτομάτου ἰάσεως, δυνατὸν νὰ καταλήξωσιν εἰς ἐξωμηνιγγικὸν ἀπόστημα, ἀλλὰ καὶ ὠτογενῆ καθηζητικὰ ἀποστήματα ἐκ διαβρώσεως τῆς βάσεως τοῦ κρανίου κατὰ τὸ ἰνιακὸν ὀστοῦν δύνανται νὰ προκαλέσωσι φλεγμονὴν τῆς μήνιγγος καὶ ἐξωμηνιγγικὸν ἀπόστημα *(Alexander)*.

Ἡ φλεγμονὴ τῆς σκληρᾶς μήνιγγος προκαλεῖται εἴτε κατ' ἄμεσον ἐπινέμησιν διὰ διαβρώσεως τοῦ ἔσω πετάλου τοῦ κροταφικοῦ ὀστοῦ, εἴτε μεταστατικῶς διὰ φλεγμονῆς τῶν ἀγγείων τοῦ ὀστοῦ, διατηρουμένου τότε μακροσκοπικῶς ἀθίκτου τοῦ ἔσω πετάλου τοῦ κροταφικοῦ ὀστοῦ. Ἐν

τῇ πρώτῃ περιπτώσει διὰ τῶν παθολογικῶν ῥωγμῶν τῶν προκαλουμένων ἐκ τῆς διαβρωτικῆς καὶ νεκρωτικῆς ὀστίτιδος τοῦ κροταφικοῦ ὀστοῦ ἀποκαλύπτεται οὕτω ἡ μῆνιγξ ἐκτιθειμένη εἰς τὴν ἄμεσον ἐπίδρασιν τῆς φλεγμονώδους ἐπεξεργασίας. Αἱ φυσιολογικαὶ ῥωγμαὶ αἱ πολλαχοῦ κατὰ τὸ ἔσω πέταλον τοῦ κροταφικοῦ ὀστοῦ ἀπαντῶσαι δὲν φαίνεται κατὰ τὸν *Lange*, νὰ ἔχωσι τόσον μεγάλην σημασίαν κατὰ τὴν μετάδωσιν τῆς φλεγμονῆς εἰς τὰς μήνιγγας, ὅσον πρότερον, ἐνομίζετο.

Ὁ ὑδραγωγὸς τῆς αἰθούσης ὁ ἔσω ἀκουστικὸς πόρος καὶ ὁ ὑδραγωγὸς τοῦ κοχλίου, δυνατὸν ἐπὶ πυώδους λαβυρινθίτιδος νὰ μεταδώσωσι τὴν φλεγμονὴν ἐπὶ ἢ ἐν τῇ μήνιγγι, πλὴν κατὰ τὰς περιπτώσεις ταύτας ἡ συνήθης ἔκβασις εἶναι ἡ πυώδης μηνιγγῖτις.

Ἐν τῇ γενέσει τῶν περιλαβυρινθικῶν ἐξωτερικῶν παχυμηνιγγιτίδων καὶ ἀποστημάτων πλὴν τῶν ἀνωτέρω φυσιολογικῶν ὁδῶν συντελοῦσι συνήθως αἱ τερηδόνες τοῦ λιθοειδοῦς ὀστοῦ, εἴτε ἐκ παραλαβυρινθιτίδων εἴτε ἐκ χρονίων πυωδῶν λαβυρινθιτίδων προερχόμεναι. Οὕτω λ.χ. διάβρωσις τοῦ ἄνω ἡμικυκλίου σωλῆνος. Πλὴν ἀπὸ κλινικῆς ἀπόψεως αἱ τελευταῖαι αὗται ἔχουσι δευτερεύουσαν σημασίαν ἐπισκιαζόμεναι ὑπὸ τῆς λαβυρινθικῆς φλεγμονώδους ἐπεξεργασίας.

Τὴν γένεσιν περιλαβυρινθικῶν περιγεγραμμένων μηνιγγιτικῶν φλεγμονῶν προκαλοῦσιν ἐνίοτε κατὰ τὸν *Lange* αἱ μικραὶ μετὰ τῶν μαστοειδῶν κυψελῶν συνεχόμεναι περιλαβυρινθικαὶ κυψέλαι δι' ἐπεκτάσεως τῆς φλεγμονῆς πρὸς ταύτας. Ἡ θέσις οὕτω τῆς φλεγμονῆς κατὰ τὴν περίπτωσιν ταύτην ἐξαρτᾶται ἐκ τῆς ἐπεκτάσεως τῶν τοιούτων κυψελῶν, γνωστοῦ ὄντος ὅτι τοιαῦται μικραὶ κυψέλαι μετὰ τοῦ ἄντρου καὶ μαστοειδῶν κυψελῶν συνεχόμεναι δυνατὸν καὶ μέχρι τῆς κορυφῆς τοῦ λιθοειδοῦς ὀστοῦ τῆς ζυγωματικῆς ἀποφύσεως ἢ καὶ πρὸς τὸ ἰνίον νὰ ἐπεκτείνωνται.

Κατὰ τὴν κορυφὴν τοῦ λιθοειδοῦς ὀστοῦ καὶ τὴν βάσιν τοῦ κρανίου συνδέεται ἡ μῆνιγξ στερρῶς πρὸς τὸ ὀστοῦν, δι' ὃ καὶ ἡ περιλαβυρινθῖτις καὶ ἐξωτερικὴ παχυμηνιγγῖτις καὶ τὰ ἀποστήματα περιορίζονται κατὰ τὸ σημεῖόν τοῦτο μὴ λαμβάνοντα μεγαλητέραν πρὸς τὰ κάτω καὶ πρόσω ἔκτασιν. Κατὰ τὸ ἔξω στόμιον τοῦ ὑδραγωγοῦ τῆς αἰθούσης ὑφίστανται κατὰ τὸν *Lange* τοιαῦται ἀνατομικαὶ συνθῆκαι, ὥστε εὐκολύνεται ἡ μεγάλη συλλογὴ πύου μεταξὺ τῶν δύο πετάλων τῆς σκληρᾶς μήνιγγος

Ἐμπύημα τοῦ ἐνδολυμφικοῦ θυλάκου καταλήγει κατὰ *Lange* εἰς ἐνδομηνιγγικὸν ἀπόστημα, πλὴν ἡ μεσολάβησις τοῦ σάκκου δὲν εἶναι πρὸς τοῦτο ἀπαραίτητος ὅπερ καὶ συνηθέστερον *(Wagener)*. Ὁμοίως κατὰ τὴν θέσιν τοῦ Μεκελείου ἐντυπώματος τοῦ γασσερείου γαγγλίου, σχηματίζονται περιλαβυρινθικὰ ἀποστήματα μεταξὺ τῶν δύο πετάλων τῆς σκληρᾶς μήνιγγος ἐμφανίζοντα συμπτώματα ἀπὸ τοῦ τριδύμου νεύρου. Βαθύτερον πρὸς τὰ ἔσω πρόσω καὶ κάτω τοῦ λιθοειδοῦς εἶναι αἱ φλεγμονώδεις ἐπεξεργασίαι τῆς μήνιγγος σπανιώτεραι.

Ἡ ἐξωτερικὴ παχυμηνιγγῖτις ἄρχεται δι' ἐξιδρώσεως ἰνώδους ἐξιδρώματος μεταξὺ ὀστοῦ καὶ μήνιγγος.

Τὸ ἐξίδρωμα τοῦτο ἀποκολλᾷ τὴν μήνιγγα ἀπὸ τοῦ ὀστοῦ *(Alexander)*, τὸ ἐξίδρωμα πήγνυται καὶ αὐξάνον μεθ' οὗ πολὺ σχηματίζει φαιόλευκον ἢ ὠχρόφαιον ἀνώμαλον καὶ ὑπόσκληρον τῇ ψηλαφίσει στρῶμα ἐπὶ τῆς ἐξωτερικῆς ἐπιφανείας τῆς μήνιγγος. Αἱ παχυμηνιγγιτικαὶ αὗται πλᾶκες εἶναι σαφῶς ἀφωρισμέναι τῆς πέριξ ὑγιοῦς (φαιοκυάνου ὀπαλιόχρου σκληρᾶς μήνιγγος). Τῇ περαιτέρω ἐπιδράσει τῶν μικροοργανισμῶν προκαλεῖται συλλογὴ πύου (ἐξωμηνιγγικὸν ἀπόστημα) ἄλλοτε ἄλλου μεγέθους ἐξαπλούμενον ἐπὶ τῆς σκληρᾶς μήνιγγος εἰς διάφορον ἔκτασιν, εἰσπιέζον μάλιστα ὁσάκις τὸ ποσὸν τοῦ πύου εἶναι μέγα τοὺς κόλπους καὶ τὸν ἐγκέφαλον, δυνάμενον, ὡς περαιτέρω θέλομεν ἴδει,

καὶ ἐγκεφαλικὰ συμπτώματα (παρέσεις κτλ.) νὰ προκαλέσῃ. Τὸ τοιοῦτον παρατηρεῖται ἰδίως εἰς τὰς περιπτώσεις καθ' ἃς τὸ ἔσω πέταλον τοῦ κροταφικοῦ ὀστοῦ εἶναι ἄθικτον. Εἰς τὰ ἀποστήματα τοὐναντίον τὰ προκληθέντα κατ' ἄμεσον ἐπινέμησιν διὰ διαβρώσεως τοῦ ὀστοῦ ἡ πίεσις εἶναι μικροτέρα καὶ τὸ μέγεθος τῆς ἐξωτερικῆς παχυμηνιγγίτιδος καὶ τοῦ ἀποστήματος δὲν ὑπερβαίνει τὰ 4 - 5 ἑκ. κατὰ διάμετρον ἐν ἐπιφανείᾳ *(Alexander)*. Τὸ βάθος τῶν ἐξωμηνιγγικῶν ἀποστημάτων ποικίλει ἀπὸ χιλιοστῶν τινῶν τοῦ μέτρου καὶ ἄνω. Κατὰ τὸν *Alexander* βαθύτερα εἶναι τὰ ἐξωμηνιγγικὰ ἀποστήματα τοῦ ὀπισθίου ἐγκεφαλικοῦ βόθρου ἐπεκτεινόμενα πρὸς τὸ ἰνιακὸν τρῆμα, εἰς τὰς περιπτώσεις ταύτας κατὰ τὸν ἴδιον πρόκειται ἀποκλειστικῶς περὶ χρονίων διὰ τραύματος ἢ νέας φλεγμονῆς ὀξέως παροξυνθέντων ἐξωμηνιγγικῶν ἀποστημάτων. Ἐπὶ τῆς ἐξωτερικῆς ἐπιφανείας τῆς σκληρᾶς μήνιγγος ὁσάκις ἡ ἐξωτερικὴ παχυμηνιγγῖτις καὶ τὸ ἀπόστημα διαρκέσωσιν ἐπὶ μακρὸν σχηματίζονται σαρκία καὶ νεόπλαστος συνδετικὸς ἱστός. Ἡ μεγάλη νεοπλασία καὶ ἡ πληθὺς τῶν σαρκίων χαρακτηρίζει τὰς εἰς τὸν στρεπτόκοκκον (πνευμονόκοκκον) τὸν βλενώδη *(Streptococcus mucosus)* ὀφειλομένας φλεγμονώδεις ἐπεξεργασίας *(Wittmack, Rultin, O. Mayer)*.

Τὰ ἀναερόβια μικρόβια προκαλοῦσι νεκρωτικὰς ἑστίας καὶ δύσοσμον πῦον *(Lange)*.

Ἡ σαρκοφυΐα ἐπὶ μακροχρονίων ἐξωτερικῶν παχυμηνιγγιτίδων καὶ ἐξωμηνιγγικῶν ἀποστημάτων μετὰ συριγγίου τοῦ ὀστοῦ ἐμφανίζεται κατὰ τὸν *Alexander* πρῶτον ἐπὶ τῶν τοιχωμάτων τοῦ συριγγίου κατόπιν ἐπὶ τῆς μήνιγγος καὶ εἶτα ἐπὶ τῆς ἔσω ἐπιφανείας (ἔσω πετάλου) τοῦ κροταφικοῦ κ.τ.λ. ὀστοῦ ἀναλόγως τῆς ἐκτάσεως τῆς ἐπεξεργασίας ἐπενδυομένης οὕτω βαθμηδόν, ὁλοκλήρου τῆς ἀποστηματικῆς κοιλότητος ὑπὸ σαρκίων. Ἐπὶ φλεγμονωδῶν ἐπεξεργασιῶν ταχείας διαδρομῆς ἐνίοτε αἱ ἀλλοιώ-

σεις τῆς μήνιγγος δὲν παρουσιάζουσι τὰ χαρακτηριστικὰ τῆς ἐξωτερικῆς παχυμηνιγγίτιδος, ἡ δὲ ἀλλοίωσις τοῦ ὀστοῦ ἀφ' ἧς μετεδόθη ἡ φλεγμονὴ καὶ μικροσκοπικῶς ἀκόμη δυσκόλως ἀνευρίσκεται. Καὶ τοιαῦται μὲν εἶναι αἱ ἀλλοιώσεις ἀπὸ τῆς ἐξωτερικῆς ἐπιφανείας τῆς σκληρᾶς μήνιγγος. Πλὴν ἡ ἐξίδρωσις τοῦ ὀρροῦ τοῦ αἵματος καὶ τῶν μορφολογικῶν αὐτοῦ στοιχείων ἐπεκτείνεται καὶ κατὰ βάθος τόσον ἐν τῇ σκληρᾷ μήνιγγι, ὡς καὶ εἰς τὴν ἀραχνοειδῆ καὶ τὸν ὑποκληρίδειον καὶ ὑπαραχνοειδῆ χῶρον ὡς κατωτέρω θέλομεν ἴδει.

Οἱ λεμφικοὶ χῶροι οὕτω εὐρύνονται λόγῳ τούτου πιέζοντες τὸν διάμεσον συνδετικὸν ἱστὸν ὅστις βαθμηδὸν περιβάλλεται πανταχόθεν ὑπὸ τῆς διηθήσεως.

Ἡ ἐξέλιξις τὴν ὁποίαν λαμβάνει ἡ φλεγμονὴ τῆς μήνιγγος, ἐξαρτᾶται ἐκ διαφόρων παραγόντων οἵτινες ἐν ὀλίγοις εἶναι τὸ εἶδος τῶν παθογόνων μικροοργανισμῶν καὶ ἡ τοπικὴ καὶ γενικὴ ἀντίστασις τοῦ ὀργανισμοῦ τοῦ πάσχοντος. Ἐνίοτε ἡ φλεγμονὴ περιορίζεται εἰς τὸ ἔξω πέταλον τῆς σκληρᾶς μήνιγγος, ὁπότε τὸ ὑπὸ σαρκίων ἀντικατασταθὲν ἔξω πέταλον μεταβάλλεται ἐν τέλει εἰς στερεὰν οὐλήν, ἄλλοτε δὲ ἡ νέκρωσις καὶ διάβρωσις τῆς μήνιγγος χαρακτηρίζει τὴν παθολογοανατομικὴν εἰκόνα, ἡ δὲ ἐξίδρωσις καὶ διήθησις παραμένει εἰς δευτέραν μοῖραν *(Lange)*

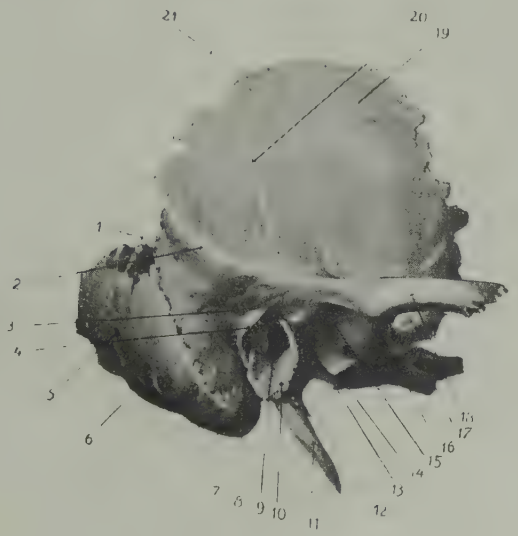
Ἴδομεν ἐν ἀρχῇ ὅτι κατὰ τὸν *Alexander* διακρίνομεν ἐξωμηνιγγικὴν φλεγμονὴν καὶ ἀπόστημα τοῦ μέσου καὶ τοῦ ὀπισθίου ἐγκεφαλικοῦ βόθρου.

Κατὰ τὸν *Jansen* διακρίνομεν πλὴν τῶν ἄνω συνήθων γενικῶν ὅρων ἀναλόγως τῆς θέσεως, τὸ ***ἄνω βαθὺ*** καὶ τὸ ***ὀπίσθιον βαθὺ*** ἐξωμηνιγγικὸν ἀπόστημα. Τὸ ἄνω βαθὺ ἐξωμηνιγγικὸν ἀπόστημα εἶναι σπανιώτερον, ἐγκαθίσταται εἰς τὸν μέσον κρανιακὸν βόθρον, προερχόμενον ἐκ τερηδόνος τῶν ἄνω περιλαβυρινθικῶν κυψελῶν, ἢ τῶν κυψελῶν τῆς ὀροφῆς τοῦ τυμπάνου καὶ ἐπεκτείνεται πρὸς τὰ

πρόσω ἐνίοτε μέχρι τοῦ παρὰ τὴν ῥίζαν τῆς ζυγωματικῆς ἀποφύσεως λεπτοῦ πετάλου τοῦ λεπιδοειδοῦς ὀστοῦ, ὅπερ δυνατὸν καὶ νὰ διαβρώσῃ, πρὸς δὲ τὰ ἔσω παρεμποδίζεται ἡ περαιτέρω αὐτῶν ἐπέκτασις ὑπὸ τοῦ ***καρωτοῦ*** ἐπάρματος καὶ τοῦ ὀπισθίου ἄνω χείλους τοῦ λιθοειδοῦς ὀστοῦ. Πλὴν τῶν κυψελῶν τούτων δυνατὸν ἡ φλεγμονὴ νὰ μεταδοθῇ διὰ τοῦ πόρου τοῦ προσωπικοῦ νεύρου καὶ κατὰ μῆκος τοῦ ἄνω ἐπιπολῆς λιθοειδοῦς νεύρου πρὸς τὸ βάθος τοῦ μέσου ἐγκεφαλικοῦ βόθρου καὶ τὸν καρωτιδικὸν σωλῆνα. Τὰ ἀποστήματα ταῦτα λόγῳ τῆς συμπαρομαρτούσης αὐξήσεως τῆς ἐνδοκρανιακῆς πιέσεως διευκολύνουσι ἀφ' ἑτέρου τὴν διαβρωτικὴν φλεγμονὴν τοῦ ὀστοῦ, ἥτις ἀναλόγως ἐπεκτεινομένη πρὸς τὰ γειτνιάζοντα νεῦρα, δύναται νὰ προκαλέσῃ συμπτώματα ἀπὸ τοῦ τριδύμου τοῦ ἀπαγωγοῦ καὶ τοῦ ἀκουστικοῦ. Τὸ ὀπίσθιον βαθὺ ἐξωμηνιγγικὸν ἀπόστημα σχηματίζεται δι' ἐπεκτάσεως πρὸς τὰ πρόσω καὶ κάτω τῆς ἐξωτερικῆς παχυμηνιγγίτιδος καὶ τοῦ ἐξωμηνιγγικοῦ ἀποστήματος τοῦ ὀπισθίου ἐγκεφαλικοῦ βόθρου τοῦ προελθόντος ἐκ διαβρώσεως συνήθως τοῦ ὀπισθίου τοιχώματος τοῦ ἄντρου.

Ἡ πρὸς τὰ ὀπίσω ἐπέκτασις παρακωλύεται λόγῳ τῆς συνοχῆς τῆς σκληρᾶς μήνιγγος μετὰ τοῦ ὑδραγωγοῦ τῆς αἰθούσης καὶ ἐνδοφλεβικοῦ θύλακος, οὕτω δὲ διευθύνεται πρὸς τὰ πρόσω καὶ κάτω προκαλουμένης διαβρώσεως τοῦ ὀστοῦ περὶ τὸν ἔσω ἀκουστικὸν πόρον καὶ τοὺς ἡμικυκλίους σωλῆνας. Κατὰ τὸν *Jansen*. Τὸ ὀπίσθιον βαθὺ ἐξωμηνιγγικὸν ἀπόστημα προέρχεται ἐξ ὀστεΐτιδος τῆς περιλαβυρινθικῆς σπογγώδους μοίρας τοῦ λιθοειδοῦς ὀστοῦ, προερχομένης ἐκ τοῦ ἔσω τοιχώματος τοῦ ἄντρου, ὄπισθεν τοῦ ἡμικυκλίου σωλῆνος, ἐπὶ ὀξείας μέσης πυώδους ὠτίτιδος μετὰ βραδέων καὶ ἐλαχίστων συμπτωμάτων διατρεχούσης μαστοειδίτιδος, ὁσάκις ἡ αὐτόματος ῥῆξις τοῦ τυμπάνου (ἢ παρακέντησις), ἢ ἀνάτρησις τῆς μαστοειδοῦς ἐπιβραδυνθεῖ

λίαν. Καὶ διὰ τοῦ λαβυρίνθου δυνατὸν νὰ σχηματισθῇ τὸ ἐξωμηνιγγικὸν ἀπόστημα. Τὸ ἀπόστημα δυνατὸν νὰ ἐπεκτείνηται πρὸς τὸ ἰνιακὸν τρῆμα.

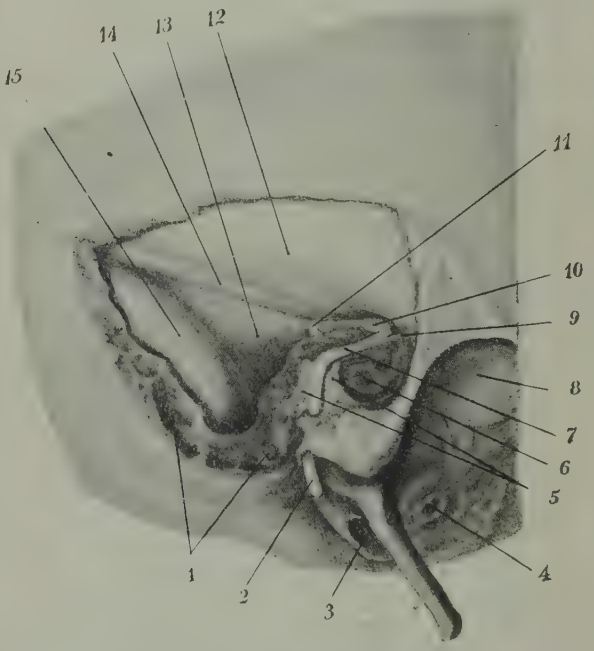


Εἰκὼν 4.

1) Βρεγματικὴ ἐντομή.
2) Ὑπερμαστοειδὴς γραμμὴ [ἀκρολοφία].
3) Μαστοειδὲς βοθρίον.
4) Ὑπερακουστικὴ ἄκανθα.
5) Λείψανα τῆς μεσομαστοειδοῦς ῥαφῆς.
6) Μαστοειδὲς μέρος.
7) Μαστοειδὴς ἀπόφυσις.
8) Τυμπανομαστοειδὴς σχισμή.
9) Ἔξω ἀκουστικὸς πόρος.
10) Τυμπανικὸν μέρος.
11) Βελονοειδὴς ἀπόφυσις.
12) Ἔλυτρον τῆς βελονοειδοῦς ἀποφύσεως.
13) Λιθοτυμπανικὴ σχισμή.
14) Ἀπόφυσις ὁροφῆς τοῦ τυμπάνου.
15) Κροταφικὴ γλήνη.
16) Ἀρθρικὸν φῦμα.
17) Κορυφὴ τῆς πυραμίδος.
18) Ζυγωματικὴ ἀπόφυσις.
19) Κροταφικὴ ἔξω ἐπιφάνεια.
20) Ἄϋλαξ διὰ τὴν μέσην κροταφικὴν ἀρτηρίαν.
21) Λεπιδοειδὲς μέρος.

Εἰσδυούσης τῆς φλεγμονώδους ἐπεξεργασίας τῆς σκληρᾶς μήνιγγος κατὰ βάθος τοῦ ἔξω πετάλου αὐτῆς ἐν ταύτῃ, ἐπέρχεται εἴτε διάχυτος φλεγμονὴ κατὰ τὸν ὑποσκληρίδειον καὶ ὑπαραχνοειδῆ χῶρον καὶ τὸν ἐγκέφαλον μετὰ θανατη-

φόρου φλεγμονώδους ἐγκεφαλικοῦ οἰδήματος, εἴτε περιγεγραμμένη ἑστία κατὰ τὸ σημεῖον τῆς διατρήσεως τῆς μήνιγγος, μετὰ τάσεως πρὸς ἴασιν τῆς περιγεγραμμένης ταύτης ἑστίας (ἐντὸς τῆς σκληρᾶς μήνιγγος φλεγμοναί). Ὑπὸ

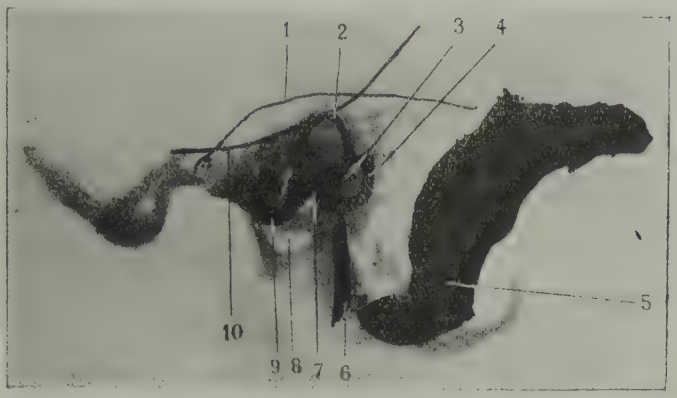


Εἰκὼν 5.—Θεοδώρου Δημ. Δημητριάδου [ἴδιον παρασκεύασμα].

1) Μαστοειδεῖς κυψέλαι.
2) Προσωπικὸν νεῦρον ἐν τῇ ἐξόδῳ.
3) Σφαγητικὸς βόθρος.
4) Ἔξω καρωτιδικὸν τρῆμα.
5) Λιθοειδές.
6) Ἀκρωτήριον.
7) Προσωπικὸν νεῦρον.
8) Κροταφικὴ γλήνη.
9) Μεῖζον ἐπιπολῆς λιθοειδὲς νεῦρον.
10) Γονάτιον γάγγλιον τοῦ προσωπικοῦ νεύρου.
11) Ἔσω ἀκουστικὸς πόρος.
12) Μέσος ἐγκεφαλικὸς βόθρος.
13) Κάτω ἐγκεφαλικὸς βόθρος.
14) Ἄνω λιθοειδὴς κόλπος.
15) Σιγμοειδὴς κόλπος.

τοῦ *Preysing*, *Heine*, κλπ. περιγράφονται καὶ ὑπὸ τὴν σκληρὰν μήνιγγα φλεγμοναὶ καὶ ἀποστήματα πλὴν τὸ τοιοῦτον εἶναι σπανιώτερον. Κατὰ ταύτας ἡ χορειοειδὴς μῆ-

νιγξ εἶναι ὀλίγον ὑπεραιμικὴ μακροσκοπικῶς δὲ δὲν παρουσιάζει ἀλλοιώσεις, μικροσκοπικῶς παρατηρεῖται ἐν αὐτῇ μικροκυτταρικὴ διήθησις ἐπεκτεινομένη ἐν τῷ βάθει μετὰ ταύτης πρὸς τὸν ἐγκέφαλον.



Εἰκὼν 6.—(Bellocq).— Συνολικὴ ἄποψις ἐκ τῶν ἔξω διὰ ῥαδιογραφίας τοῦ ἀριστεροῦ κροταφικοῦ ὀστοῦ [μέθοδος ἀκτινοστερεοσκοπικὴ κατὰ Marie-Kibol].

1) Προβολὴ τοῦ ἐδάφους τοῦ μέσου κροταφικοῦ βόθρου.
2) Ἄνω ἢ μετωπιαῖος ἡμικύκλιος σωλήν.
3) Ἔξω ἡμικύκλιος σωλὴν [ὁριζόντιος].
4) Ὀπίσθιος ἢ κάτω ἡμικύκλιος σωλήν.
5) Σιγμοειδὴς κόλπος.
6) Πόρος τοῦ προσωπικοῦ νεύρου.
7) Αἴθουσα.
8) Ἔξω ἀκουστικὸς πόρος.
9) Ἀρχὴ καὶ μέρος τῆς πρώτης ἕλικος τοῦ κοχλίου.
10) Ὑπερμαστοειδὴς ἀκρολοφία [linea temporalis inferior].

Τὸ μεταξὺ ταύτης καὶ σκληρᾶς μήνιγγος διάστημα πληροῦται ὑπὸ ὀῤῥώδους ἐξιδρώματος καὶ πύου. Τὰ ἀποστήματα ταῦτα δὲν προέρχονται ἐκ τοῦ λαβυρίνθου *(Lange)*, ἀλλὰ ἀπὸ οἱασδήποτε ἄλλης ἑστίας.

Ἡ ἐξέλιξις τῶν ἀποστημάτων τούτων δὲν εἶναι πάντοτε κακή, μὴ ἐπερχομένης πάντοτε διαχύτου μηνιγγίτιδος. Τοιαῦται φλεγμοναὶ δυνατὸν νὰ παραμένωσι περιεγραμμέναι καὶ νὰ καταλήξωσι εἰς ἴασιν. (Περιεγραμμένη λεπτομηνιγγῖτις).

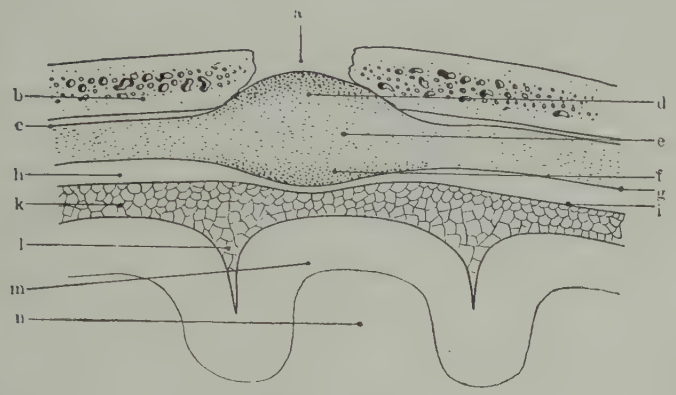
ΠΟΡΕΙΑ

Ἡ νόσος δυνατὸν ἐν ἀρχῇ τῆς ἀναπτύξεως αὐτῆς αὐτομάτως νὰ ἰαθῇ δι' ἀπορροφήσεως τοῦ ἐξιδρώματος ἢ ὀργανοποιήσεως αὐτοῦ εἰς ἰνώδη ἱστόν, συμφυομένης στενῶς τῆς σκληρᾶς μήνιγγος μετὰ τοῦ ὀστοῦ, ἄλλως ἔρχεται ἡ διάρρηξις καὶ ἐκκένωσις τοῦ ἀποστήματος, ὁτὲ μέν, ὅπερ θεωρητέον ὡς εὐτυχὴς ἔκβασις, δι' ὀστεώδους συριγγώδους πόρου πρὸς τὰ ἔξω συγκοινωνοῦντος μετὰ τοῦ ἀποστήματος, ὁσάκις μάλιστα ὁ συριγγώδης οὗτος πόρος προϋπάρχει σχηματισθεὶς ἐκ διαβρώσεως τοῦ ἔσω πετάλου τοῦ κροταφικοῦ ὀστοῦ ὡς προαναφέραμεν, ἡ κένωσις τοῦ ἀποστήματος δὲν συναντᾷ δυσκολίας.

Τοιοῦτοι συριγγώδεις πόροι ἀπαντῶσι φερόμενοι ἀπὸ τοῦ ἀποστήματος πρὸς τὸ ἄντρον, πρὸς τὴν μαστοειδῆ ἀπόφυσιν, πρὸς τὸν λαβύρινθον καὶ τὴν τυμπανικὴν κοιλότητα. Τὸ τῆς μαστοειδοῦς ἀποφύσεως συρίγγιον φέρεται ἀπὸ τῆς ὀπισθίας κρανιακῆς κοιλότητος πρὸς τὴν ἐπιφάνειαν τῆς μαστοειδοῦς, ὁπότε καὶ τὸ ὑπὸ τὴν σκληρὰν μήνιγγα ἀπόστημα τῆς ὀπισθίας κρανιακῆς κοιλότητος, συνήθως εὐμέγεθες ὄν, εὐχερῶς σχετικῶς ἀπὸ τοῦ συριγγώδους τούτου πόρου ἐκκενοῦται. Τὸ δὲ τοῦ ἄντρου καὶ τὸ τῆς τυμπανικῆς κοιλότητος συρίγγιον διευκολύνει τὴν ἐκκένωσιν τοῦ τῆς μέσης κρανιακῆς κοιλότητος ἀποστήματος. Εἰς περιπτώσεις μεταστατικῶν ἀποστημάτων μετὰ ἀθίκτου ἔσω πετάλου τοῦ κροταφικοῦ ὀστοῦ, δυνατὸν ἡ ἐξωμηνιγγικὴ φλεγμονὴ καὶ τὸ ἀπόστημα νὰ διαβρώσῃ ἐξ ὑστέρων τὸ κροταφικὸν ὀστοῦν ἔν τινι μοίρᾳ αὐτοῦ, ἐγκαθισταμένου οὕτω συριγγώδους πόρου. Ἀναλόγως τῆς ἐγκαταστάσεως τοῦ συριγγώδους πόρου διακρίνομεν κατὰ *Alexander*, τὸ τῆς μαστοειδοῦς ἀποφύσεως, τὸ τοῦ μαστο-

ειδοῦς ἄντρου, τὸ τῆς ὀροφῆς τοῦ τυμπάνου, τὸ τοῦ λαβυρίνθου.

Τὸ πῦον διερχόμενον διὰ τῶν ἀνωτέρω συριγγίων ἐξέρχεται διὰ τῆς μαστοειδοῦς ἀποφύσεως, φθάνει ὑπὸ τὸ δέρμα σχηματίζον ἐπὶ τῆς μαστοειδοῦς χώρας ἀπόστημα, ὁσάκις



Εἰκὼν 7. (Streit).

a = *σημεῖον τῆς ἀνατρήσεως τοῦ κρανίου πρὸς πειραματικὴν μόλυνσιν τῆς ἐξωτερικῆς ἐπιφανείας τῆς σκληρᾶς μήνιγγος.*
b = *ὀστοῦν.*
c = *ἐξωτερικὴ ἐπιφάνεια τῆς σκληρᾶς μήνιγγος.*
d = *φλεγμονὴ τῆς ἐξωτερικῆς ἐπιφανείας [ἔξω πετάλου] τῆς σκληρᾶς μήνιγγος [ἐξωτερικὴ παχυμηνιγγῖτις].*
e = *χαλαρωθέντα πέταλα τῆς σκληρᾶς μήνιγγος.*
f = *φλεγμονὴ τοῦ ἐνδοθηλίου τῆς σκληρᾶς μήνιγγος [ἐσωτερικὴ παχυμηνιγγῖτις].*
g = *ἐνδοθήλιον τῆς ἐσωτερικῆς ἐπιφανείας τῆς σκληρᾶς μήνιγγος.*
h = *ὑπαραχνοειδὴς χῶρος.*
i = *ἐνδοθήλιον τῆς ἀραχνοειδοῦς μήνιγγος.*
k = *Ἀραχνοειδὴς χῶρος.*
l = *αὔλακες τοῦ ἐγκεφάλου*
m = *φλοιὸς τοῦ ἐγκεφάλου.*
n = *λευκὴ οὐσία τοῦ ἐγκεφάλου.*

τὸ συρίγγιον ἐγκατασταθῇ εἰς τὴν ὀροφὴν τοῦ τυμπάνου ἢ τὸ ἄντρον, δυνατὸν τὸ πῦον καὶ διὰ τοῦ ἔξω ἀκουστικοῦ πόρου ἔτι αὐτομάτως νὰ κενωθῇ, ὁσάκις ἄλλη τις ἐνδοκρανιακὴ ἐπιπλοκή, ἢ χειρουργικὴ ἐπέμβασις ἢ σπανιώτερον ὀργανοποίησις τοῦ ἀποστήματος καὶ ἀντικατάστασις αὐτοῦ ὑπὸ συνθετικοῦ ἱστοῦ δὲν τερματίση τὴν ἐπεξεργασίαν,

Σπανιώτατα τὸ πῦον τοῦ ἐξωμηνιγγικοῦ ἀποστήματος, καὶ δὴ τῆς μέσης κρανιακῆς κοιλότητος διαρρήγνυται διὰ τοῦ σφηνοειδοῦς ὀστοῦ, μίαν τοιαύτην περίπτωσιν ἀναφέρει ὁ *Alexander* καθ' ἣν τὸ ἀπόστημα διερράγη διὰ τῆς μεγάλης πτέρυγος τοῦ σφηνοειδοῦς ὀστοῦ πρὸς τὸν κροταφικὸν μῦν. Ἐπίσης σπανίως τὰ ἐξωμηνιγγικὰ ἀποστήματα διαρρήγνυνται διὰ τοῦ ἰνιακοῦ καὶ βρεγματικοῦ ὀστοῦ.

Ἑτέρα ὁδὸς ἣν ἀκολουθεῖ τὸ ἔξω τῆς σκληρᾶς μήνιγγος ἀπόστημα εἶναι ἡ πρὸς τὰ ἔσω, ἤτοι πρὸς τὰς λοιπὰς μήνιγγας καὶ τὴν ἐγκεφαλικὴν οὐσίαν ἐπέκτασις αὐτοῦ, ἡ τοιαύτη ἐπέκτασις διευκολύνεται ὁτὲ μὲν διὰ σχηματισμοῦ συριγγίου πρὸς τὰ ἔσω εἰς τὴν σκληρὰν μήνιγγα, ἢ διὰ μεταστάσεων ἢ ἁπλῶς δι' ἐπεκτάσεως τῆς φλεγμονῆς πρὸς τὰ ἔσω ἄνευ συριγγίου, ἀναπτυσσομένης λεπτομηνιγγίτιδος, ἐγκεφαλικοῦ ἀποστήματος, ἐγκεφαλίτιδος. Τὸ ἐξωμηνιγγικὸν τέλος ἀπόστημα δύναται νὰ καταλήξῃ (τὸ περικολπικὸν εἰς θρομβοκολπίτιδα μετὰ ἢ ἄνευ συριγγίου τοῦ κόλπου καὶ σηπτικὴν μικροβιαιμίαν).

Τὸ βαθὺ ἐξωμηνιγγικὸν ἀπόστημα τὸ μὴ λαβυρινθογενὲς ἔχει συνήθως διαδρομὴν κατὰ τὸν *Jansen* 2—3 μηνῶν μέχρι τῆς ἀνατρήσεως τῆς μαστοειδοῦς, ὅτε συνήθως καὶ δὲν ἀνακαλύπτεται. Ἐμφανίζεται κατὰ κανόνα εἰς τὴν ὀξεῖαν ὠτίτιδα ἐπὶ ἐπιβραδύνσεως τῆς αὐτομάτου ῥήξεως ἢ παρακεντήσεως τοῦ τυμπάνου κατὰ 8—14 ἡμέρας.

ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ

Κατὰ τὸν *Alexander* διακρίνομεν τοῦ ἐξωμηνιγγικοῦ ἀποστήματος τρία στάδια, τὸ ἀρχικόν, τὸ λανθάνον, καὶ τὸ ἔκδηλον. Τὸ ἀρχικὸν στάδιον διαρκεῖ 2—3 ἑβδομάδας ἐμφανίζον σύστοιχον κεφαλαλγίαν, μετρίαν πυρετικὴν κίνησιν, ἐνίοτε μάλιστα φυσιολογικὴν καὶ ὀλίγα ἐν γένει ὑποκειμε-

νικὰ συμπτώματα, δύναται δὲ νὰ παρέλθῃ ἀπαρατήρητον· ἐὰν δὲν εὑρεθῇ τυχαίως, κατὰ τὴν ἀνάτρησιν λόγῳ τῆς μαστοειδίτιδος κτλ. Τὸ λανθάνον διαρκεῖ ἄλλοτε ἄλλο χρονικὸν διάστημα, μεθ' ὃ αἴφνης λόγῳ παροξύνσεως τῆς χρονίας ὠτίτιδος ἐκ τραυματισμοῦ ἢ γενικῆς μολύνσεως, καθίσταται τὸ ἀπόστημα ἔκδηλον ὅτε καὶ ἡ διάγνωσις εἶναι σχετικῶς εὔκολος, λόγῳ καὶ τῆς τοπικῆς εἰκόνος ἣν παρουσιάζει τὸ οὖς καὶ ἡ μαστοειδὴς ἀπόφυσις (διατύησις τοῦ ἄντρου καὶ ἐπιτυμπανίου κολπώματος), κατὰ τὴν ἀνάτρησιν ἐπὶ ὑπάρξεως ἀποστήματος τὸ πῦον ἐκχέεται σφῦζον λόγῳ μεταδόσεως τῶν σφύξεων τοῦ ἐγκεφάλου. Ἄλλως ἡ ἔλλειψις ἀκριβῶς σαφῶν ἐγκεφαλικῶν συμπτωμάτων ὑποβοηθεῖ τὴν διάγνωσιν ὑπάρξεως ἐξωτερικῆς παχυμηνιγγίτιδος καὶ ἀποστήματος.

Τὰ συμπτώματα τῆς ἐξωτερικῆς παχυμηνιγγίτιδος καὶ ἔξω τῆς σκληρᾶς μήνιγγος ἀποστήματος εἶναι ἐν πολλοῖς διάφορα ἐξαρτώμενα ἐκ τῆς ἕδρας αὐτῶν, ἤτοι ἐὰν ταῦτα ἑδράζουσι κατὰ τὴν ὀπισθίαν καὶ μέσην κρανιακὴν κοιλότητα, ἐὰν ἦναι ὀξέα ἢ χρόνια, ἐὰν τὸ πυῶδες αὐτῶν περιεχόμενον ἔχῃ πρὸς τὰ ἔξω διέξοδον ἢ οὐχί, ἐὰν ἦναι ἐπιπεπλεγμένον μετ' ἄλλων ἐγκεφαλικῶν νόσων ἢ ἦναι μόνον.

Ὡς κεφαλαιῶδες σύμπτωμα τῆς νόσου εἶναι ἡ κεφαλαλγία, προκαλουμένη ἐκ τῆς ἐνδοκρανιακῆς φλεγμονῆς καὶ πιεστικῆς ἐπενεργείας ἐπὶ τῆς λίαν εὐαισθήτου σκληρᾶς κυρίως μήνιγγος, ἡ κεφαλαλγία αὕτη εἶναι ἐντονωτέρα κατὰ τὴν νύκτα, οἱ πόνοι οὗτοι τῆς κεφαλῆς εἶναι διακεντῶντες ἐπὶ ὡρισμένης χώρας τῆς κεφαλῆς, ἐντονώτεροι κατὰ τὸ σύοτοιχον ἡμιμόριον, σπανίως συμφωνοῦσι μὲ τὴν ἕδραν τῆς φλεγμονῆς τῆς μέσης κρανιακῆς κοιλότητος. Ἐνίοτε ὁ πόνος ἑδράζει ἐπὶ τοῦ ἀντιθέτου ἡμίσεως τοῦ κρανίου. Πυρετὸς δὲν παρακολουθεῖ πάντοτε τὴν νόσον, ἢ ἐὰν ὑπάρχῃ συνήθως δὲν εἶναι ὑψηλὸς καθὼς ἐπὶ τῶν ὀξέων ἀποστημάτων. Ἐπὶ τῶν χρονίων διαχύτων ἢ ἐπὶ ἀποστημάτων ὁ-

γέντων πρὸς τὰ ἔξω ἡ θερμοκρασία εἶναι φυσιολογική. Κατὰ τὸν *Alexander* πυρετὸς ὑπὲρ τὰ 38,° δηλοῖ πάντοτε ἐνδοκρανιακὴν ἐπιπλοκήν, καὶ οὐχὶ ἁπλῆν μαστοειδίτιδα.

Ὁ βυθὸς τοῦ ὀφθαλμοῦ ἐπὶ μικρῶν ἀποστημάτων ἢ πρὸς τὰ ἔξω συγκοινωνούντων διὰ συριγγώδους πόρου εἶναι φυσιολογικός, τοὐναντίον ἐνίοτε παρατηρεῖται θηλίτις ἐκ στάσεως τοῦ βυθοῦ τοῦ ὀφθαλμοῦ ἐπὶ μεγάλων ἀποστημάτων κεκλεισμένων πανταχόθεν, τὸ σύμπτωμα ὅμως τοῦτο εἶναι ἀσταθές.

Τὸ ἐγκεφαλονωτιαῖον ὑγρὸν ὡς ἐπὶ τὸ πλεῖστον διαυγὲς φυσιολογικόν, θολὸν δὲ ἀλλὰ στεῖρον μικροβίων μόνον ἐπὶ ἐκτεταμένων ὑποξέων ἢ χρονίων ἀποστημάτων, σχηματιζομένου ἐν ἱρεμίᾳ λεπτοῦ ἰνώδους πύγματος μὲ ἄφονα κατὰ τὸ μᾶλλον ἢ ἧττον λευκοκύτταρα, (λυμφοκύτταρα καὶ πολυμορφοπύρηνα). Κατὰ τὸν *Neïmann* ἡ διὰ τῶν ἐκχυθέντων λευκοκυττάρων θόλωσις τοῦ ὑγροῦ, εἶναι ἀνάλογος πρὸς τὴν ἐπὶ πάσης ὀξείας φλεγμονῆς παρατηρουμένην προασπιστικὴν μικροκυτταρικὴν πέριξ τῆς φλεγμονώδους ἑστίας διήθησιν.

Εἰς τὰ γενικὰ συμπτώματα τῆς νόσου, συγκαταλέγεται ἡ ἀϋπνία ἐνίοτε ἀνωμαλία, τοῦ σφυγμοῦ ἐν ἀρχῇ βραδέος ἀργότερον ταχέος κακοαδιαθεσία ἔμμετος, πυρετικὴ κίνησις ὡς ἐλέχθη ἐμφανίζεται ποικίλλης μορφῆς, οὐχὶ σπανίως μετὰ ῥίγους καὶ σηπτικοῦ διαγράμματος, ὁσάκις ἰδίως τὸ ἀπόστημα ἑδράζεται περὶ τὸν κόλπον, ὅτε καὶ δυσκόλως ἐν ἀρχῇ δύναται νὰ διακριθῇ ἐὰν ἡ περιφλεβῖτις ἐπενεμήθη τὸ ἐσωτερικὸν τοῦ κόλπου (ἐνδοκολπῖτις, θρόμβωσις). Πλὴν τούτων καὶ ἀντικειμενικὰ συμπτώματα ἀπὸ τοῦ νευρικοῦ συστήματος παρατηροῦνται, ὡς ὑπεραισθησία τῶν ἄκρων, αὔξησις τῶν ἀντανακλαστικῶν τοῦ ἀντιθέτου ἡμιμορίου, μετὰ ψευδοκλόνου *(Bouer)* τοῦ ποδὸς καὶ παρέσεων ἐνίοτε

δὲ ἐλαττώσεως τῶν ἀνταναχλαστικῶν τῶν τοιχωμάτων τῆς κοιλίας.

Ἐὰν τὰ ἐξωμηνιγγικὰ ἀποστήματα, ἐντόνως πιέζωσι τὸν ἐγκέφαλον, τότε προκαλοῦσι συχνὰ φαινόμενα προσομοιάζοντα μὲ τοιαῦτα τῶν ἐγκεφαλικῶν ἀποστημάτων καθὼς σπασμοὺς τοῦ προσώπου καὶ τῶν ἄκρων ἐπὶ ἀποστημάτων τῆς μεσαίας κρανιακῆς κοιλότητος, παραφασίαν, ἀφασίαν. Ἐπίσης ἐπὶ μεγάλων ὀξέων ἀποστημάτων τῆς μεσαίας κρανιακῆς κοιλότητος ἐπέρχονται διαταραχαὶ τῆς συνειδήσεως καὶ παραληρήματα.

Τοῦ πόνου ἑδράζοντος κατὰ τὴν μαστοειδῆ χώραν καὶ τῇ πιέσει ἐκδηλουμένου, ἡ νόσος κατέχει τὴν ὀπισθίαν κρανιακὴν κοιλότητα, εἰς τὸν πόνον τῆς μαστοειδοῦς ἐπιπροστίθεται οἴδημα τῆς χώρας ταύτης καὶ πόνος αὐχενικός, ἐνίοτε νευρῖτις τοῦ ὀπτικοῦ νεύρου. Τὰ συμπτώματα ταῦτα ὑποβοηθοῦσι τὴν ἐντόπισιν τῆς ἕδρας τῆς παθήσεως κατὰ τὴν ὀπισθίαν κρανιακὴν κοιλότητα. Ἐπίσης ἀπαντᾷ ἐνίοτε δυσκολία εἰς τὰς ἐνεργητικὰς καὶ παθητικὰς κινήσεις τῆς κεφαλῆς (ὀπισθότονος), καθισταμένων τούτων ἐπωδίνων (ἰδίως ἐπὶ ὀπισθίου βαθέως ἐξωμηνιγγικοῦ ἀποστήματος). Ἐπίσης ἐξ αὐξήσεως τῆς πιέσεως εἰς τὴν ὀπισθίαν κρανιακὴν κοιλότητα ὑπὸ ὀρῴδους λεπτομηνιγγίτιδος παρατηρεῖται ἐνίοτε ῥεβόκρανον.

Ἐπὶ τοῦ ἐπιτυμπανικοῦ ἀποστήματος παρατηρεῖται κεφαλαλγία, κυρίως κατὰ τὸ κατώτερον μέρος τῆς λεπιδοειδοῦς μοίρας τοῦ κροταφικοῦ ὀστοῦ, καὶ ἐλαφρὰ ἐξοίδησις τῶν μαλακῶν μορίων, ὑπὲρ τὴν ὠτικὴν κόγχην, εἰς τὸ ὀπίσθιον καὶ εἰς τὸ ἀνώτερον βαθὺ ἔξω τῆς σκληρᾶς μήνιγγος ἀπόστημα ἀπαντᾷ συνήθως ἡμικρανία οὐχὶ σπανίως μετωπιαία, ἰσχυρὰ ἐν καιρῷ νυκτὸς λίαν αὐξάνουσα, ἐπίσης ἴλιγγος, τάσις πρὸς ἔμετον, φωτοφοβία, ἀνώμαλος σφυγμός, ἀνώμαλος θερμοκρασία ἐνίοτε μέχρι 39—40. *Jansen.*

Τὸ ἀνωτέρω βαθὺ ἀπόστημα ἐπεκτεινόμενον ἐπὶ τῆς ἐπιφανείας τῆς πυραμίδος, φθάνει μέχρι τῆς κορυφῆς αὐτῆς, τῆς δὲ καταστροφῆς τοῦ ὀστοῦ βαθέως χωρούσης καὶ πρὸς τὸν ἐσωτερικὸν ἀκουστικὸν πόρον, προκαλεῖ ὡς ἐν ἀρχῇ σημειοῦται σειρὰν συμπτωμάτων τῆς περιοχῆς τῶν ἐκεῖ νεύρων, καθὼς ἀπὸ τοῦ ἀπαγωγοῦ, τοῦ Γασσερείου γαγγλίου, τοῦ μείζονος ἄνω λιθοειδοῦς νεύρου, τοῦ προσωπικοῦ, καὶ τοῦ ἀκουστικοῦ νεύρου, οὕτω ἐξηγεῖται ἡ ἰσχυρὰ νευραλγία, ἡ παράλυσις τοῦ ἀπαγωγοῦ, τοῦ προσωπικοῦ, ἡ διαταραχὴ τῆς ἀκοῆς, ἴλιγγοι, ἐκβοαί, ἐλαφρὸς νυσταγμὸς πρὸς τὸ πάσχον μέρος καὶ ἀστάθεια τῆς ἰσορροπίας τοῦ σώματος. Τὰ τελευταῖα ἰδίως λαβυρινθικὰ συμπτώματα ὑπερισχύουσιν ἐπὶ ὀπισθίου ἐξωμηνιγγικοῦ ἀποστήματος. Ὁσάκις μάλιστα ἐπέλθη ῥῆξις τοῦ ἡμικυκλίου σωλῆνος παρουσιάζεται ἔντονος περιστροφικὸς ἴλιγγος καὶ νυσταγμὸς πρὸς τὸ ὑγιὲς μέρος. ἐπεκτεινομένου τοῦ ἀποστήματος πρὸς τὴν κορυφὴν τῆς πυραμίδος ἐπέρχεται παράλυσις τοῦ ἀπαγωγοῦ, σύνδρομον τοῦ *Gradenigo* καὶ ἡ νευραλγία τοῦ τριδύμου ἐκδηλουμένη ὡς μετωπιαία νευραλγία ἐξ ἐρεθισμοῦ τοῦ κλάδου τοῦ *Arnold*, μεταβιβαζομένου τοῦ ἐρεθισμοῦ ἐπὶ τοῦ μηνιγγιαίου κλάδου τοῦ ἠθμοειδοῦς, τοῦ προσθίου ὁμοίως κλάδου τοῦ τριδύμου, ἐννευροῦντος τὴν μήνιγγα τοῦ προσθίου ἐγκεφαλικοῦ βόθρου.

Συνεπείᾳ ἐξασκήσεως πιέσεως τῶν ἐν τῷ προμήκει καὶ παρεγκεφαλίδι κέντρων τοῦ νυσταγμοῦ καὶ τῆς ἰσορροπίας ἐπὶ ὀρρώδους περιγεγραμμένης μηνιγγίτιδος τοῦ ὀπισθίου ἐγκεφαλικοῦ βόθρου, κατὰ τὴν γεφυροπαρεγγεφαλιδικὴν γωνίαν, ἐμφανίζεται ἐνίοτε ἐπὶ παχυμηνιγγίτιδος καὶ ἐξωμηνιγγικοῦ ἀποστήματος τοῦ ὀπισθίου ἐγκεφαλικοῦ βόθρου, τὸ σύνδρομον τοῦ *Barany* ἤτοι ἴλιγγος, νυσταγμὸς πρὸς τὸ πάσχον μέρος, καὶ παρέκκλισις τῆς χειρὸς (τῆς παλάμης πρὸς τὰ κάτω) συστοίχως πρὸς τὰ ἔξω κατὰ τὴν δακτυλι-

κὴν δοκιμασίαν, ἡ παρέκκλισις ἰδία τῆς χειρὸς εἶναι ἐκ τῶν πρώτων συμπτωμάτων, κατὰ τὴν περίπτωσιν ταύτην.

Πολλάκις ἡ εἰκὼν τῆς νόσου παραμορφοῦται ὑπὸ ἄλλων συμπτωμάτων, καθότι καὶ ἄλλαι ἐπιπλοκαὶ συνυπάρχουσι, οὕτω μὲ φαινόμενα θρομβώσεως τοῦ κόλπου μὲ ῥῥώδη ἢ πυώδη μηνιγγίτιδα κτλ.

ΔΙΑΓΝΩΣΙΣ

Λυσκολίαν ἐν τῇ διαγνώσει εὑρίσκομεν πολλάκις καὶ ὁσάκις συνυπάρχει καὶ ἑτέρα ἐνδοκρανιακὴ ἐπιπλοκὴ καὶ ἐν τῇ ἀρχῇ τῆς νόσου, καθότι τὰ παρουσιαζόμενα φαινόμενα δυνατὸν νὰ συγχυσθῶσι μετὰ τῶν τῆς μαστοειδίτιδος, ἐὰν ὅμως τὰ φαινόμενα ἐπιμένωσι καὶ μετὰ τὴν ἐπὶ τῆς μαστοειδοῦς ἐγχείρησιν, τότε ὡς πρῶτον ἐρώτημα ἔρχεται ἡ παχυμηνιγγῖτις καὶ τὸ ἐξωμηνιγγικὸν ἀπόστημα. Πολλάκις ἀνευρίσκομεν τυχαίως τὸ ἐξωμηνιγγικὸν ἀπόστημα κατὰ τὴν ἀνάτρησιν ἐπειδὴ ἡ βαθεῖα πυώδης ἑστία εὑρίσκεται συχνὰ ἐν τῇ ἀρχῇ τῆς ἀναπτύξεως καὶ δυσκόλως διαγιγνώσκεται, καθότι ὡς προελέχθη τὸ ***ἀρχικὸν*** στάδιον τῆς νόσου παρατείνεται ἐπὶ 2—3 ἑβδομάδας, καθ' ἃς δεσπόζουσιν ἡ κεφαλαλγία, ἡ κατὰ τὴν πίεσιν διὰ τοῦ δακτύλου εὐαισθησία ὄπισθεν τῆς μαστοειδοῦς, ὁ πυρετὸς οὐχὶ λίαν ὑψηλός, συμπτώματα προσομοιάζοντα μετὰ τῆς μαστοειδίτιδος, κατὰ δὲ τὸ κατόπιν ἐπερχόμενον λανθάνον στάδιον, ὁ πυρετὸς καταπίπτει, σχεδὸν εἰς τὸ φυσιολογικόν, τὰ πιεστικὰ φαινόμενα ὑποχωροῦσι, ὁπότε ἐνεργουμένης τῆς μαστοειδοῦς ἐγχειρήσεως τὸ ἀπόστημα τυχαίως ἀνευρίσκεται, δὲν συμβαίνει ὅμως οὕτω καὶ κατὰ τὸ φανερὸν καλούμενον στάδιον καθ' ὃ ἐντετοπισμένος πόνος τῆς κεφαλῆς ὄπισθεν τῆς μαστοειδοῦς, οἴδημα τῆς χώρας ταύτης, φλεγμοναὶ τοῦ ἄντρου καὶ διατύησις τοῦ ἔξω ἐπιτυμπανίου κοιλώματος,

πολλάκις ἐπὶ χρονίων μέσων πυωδῶν ὠτιτίδων παροξυνθεισῶν *(reinfiziert)* δηλοῦσι πάθησιν τῆς ἐξωτερικῆς ἐπιφανείας τῆς σκληρᾶς μήνιγγος, ὁπότε ὁ πεπειραμένος ἰατρὸς οὐδεμίαν δυσκολίαν εὑρίσκει εἰς τὴν διάγνωσιν. Ἀφ' ἑτέρου φλεγμοναὶ τῆς μαστοειδοῦς ἀποφύσεως ὑποβοηθοῦσι τὴν διάγνωσιν τῆς ἕδρας τῆς νόσου, κατὰ τὴν ὀπισθίαν κρανιακὴν κοιλότητα. Τὴν διάγνωσιν τῆς νόσου ὑποβοηθεῖ προσέτι ἡ ἐμφάνισις ἑστιακῶν ἐγκεφαλικῶν φαινομένων ἄνευ πυρετοῦ καὶ παραληρήματος, ἡ ἄνευ φαινομένων παρεγκεφαλικοῦ ἀποστήματος καὶ ὀξείας λαβυρινθίτιτος παράλυσις τοῦ ἀπαγωγοῦ Τέλος εὑρισκόμεθα ἀπέναντι τῆς παρουσίας ἐξωμηνιγγικοῦ ἀποστήματος, ὅταν ὡς ἀνωτέρω σημειοῦμεν, διανοίγοντες τὴν μαστοειδῆ ἀπόφυσιν ἢ τὸ ἄντρον ἐπὶ σχηματισθέντος συριγγίου εὕρωμεν τὸ πῦον σφυγμωδῶς ἐκρέον ἀπὸ τοῦ τραύματος.

Ἐκ τῆς θέσεως δὲ τοῦ συριγγίου δυνάμεθα περίπου νὰ ὁδηγηθῶμεν περὶ τῆς ἕδρας τοῦ ἀποστήματος, ἤτοι ἐπὶ συριγγίου ἑδράζοντος εἰς τὸ ἄντρον τὸ ἀπόστημα ἐνκαταςκηνεῖ εἰς τὴν μέσην κρανιακὴν κοιλότητα, ἐπὶ δὲ τοιούτου τῆς μαστοειδοῦς τὸ ἀπόστημα ἑδράζει εἰς τὴν ὀπισθίαν. Αἱ σφύξεις προέρχονται ἐκ τῆς μεταδόσεως εἰς τὸ πῦον τῶν σφύξεων τῶν ἐγκεφαλικῶν ἀγγείων.

Ἡ πάρεσις τοῦ ἀπαγωγοῦ καὶ ὁ μετωπιαῖος πόνος ὑποβοηθοῦσι τὴν διάγνωσιν τῆς ἕδρας τοῦ ἐξωμηνιγγικοῦ ἀποστήματος, τοῦ κειμένου κατὰ τὴν ἀνωτέραν γωνίαν τῆς πυραμίδος (ἤτοι τοῦ ἀνωτέρου ἢ ὑψηλὰ ἑδράζοντος ὀπισθίου βαθέως), καθὼς καὶ τὰ συμπτώματα ἀπὸ τοῦ ἀκουστικοῦ νεύρου.

Τὴν διάγνωσιν τοῦ ἐξωμηνιγγικοῦ ἀποστήματος ὑποβοηθεῖ ἐπίσης ἡ ἐμφάνισις ἐνδοκρανιακῶν καὶ ἐγκεφαλικῶν φαινομένων, ἐπὶ ὀξείας μέσης πυώδους ὠτίτιδος μετὰ διαπυήσεως τῆς μαστοειδοῦς.

Ὅπως δὲ ἐπὶ τῶν πλείστων ἐνδοκρανιακῶν ἐπιπλοκῶν

ὠτικῆς αἰτίας πολλάκις ἡ διαφορικὴ διάγνωσις αὐτῶν εἶναι λίαν δύσκολος ἐπὶ ταὐτοχρόνου συνυπάρξεως πολλαπλῶν τοιούτων, οὕτω ἡ ἐξωτερικὴ παχυμηνιγγῖτις καὶ τὸ ὑπὸ τὴν σκληρὰν μήνιγγα ἀπόστημα, πολλάκις δὲν εἶναι ἀπηλλαγμένον τοιούτων διαγνωστικῶν δυσκολιῶν, ἐπιμελὴς ὅμως ἔρευνα τῶν παρουσιαζομένων συμπτωμάτων, καὶ ἐσκεμμένη ἀναζήτησις καθοδηγεῖ εἰς τὴν διάγνωσιν. Οὕτω προκειμένου νὰ διακρίνωμεν τὴν περὶ ἧς ὁ λόγος νόσον, ἀπὸ τῆς θρομβοκολπίτιδος τοῦ σιγμοειδοῦς κόλπου, πρέπει νὰ ἀναζητήσωμεν ἐὰν προηγήθη ῥῖγος ἢ πυρετὸς ὑπὸ τύπον διαλείποντος, ὁπότε ἀποκλειομένων τούτων μετὰ βεβαιότητος, τὰ κλινικὰ συμπτώματα τὰ δηλοῦντα ὠτικὴν πάθησιν τῆς ὀπισθίας κρανιακῆς κοιλότητος δέον νὰ σχετίσωμεν πρὸς ἐξωμηνιγγικὸν ἀπόστημα καὶ οὐχὶ θρομβοφλεβίτιδα καίτοι δὲν ἀποκλείεται ἡ συνύπαρξις ἐξωμηνιγγικοῦ ἀποστήματος. Ἡ προεγχειρητικὴ διάγνωσις μεταξὺ ἐξωμηνιγγικοῦ ἀποστήματος ἑδραζομένου ἐπὶ τοῦ κόλπου ἢ οὐχὶ εἶναι ἀδύνατος δὲν ἔχει δὲ μεγάλην σημασίαν. Τὰ περικολπικὰ ἀποστήματα ἄνευ ἐνδοκολπίτιδος δὲν παρουσιάζουσι σηπτικὰ φαινόμενα. Ἡ θεραπεία εἰς ἀμφότερα εἶναι ἡ αὐτή.

Τὸ ἀπόστημα τῆς ὀπισθίας κρανιακῆς κοιλότητος διακρίνεται ἀπὸ παθήσεων τῆς παρεγκεφαλίδος, διότι συνήθως παθήσεις παρεγκεφαλιδικαὶ πηγῆς ὠτικῆς ποιώδους, ἀφορμὴν ἔχουσι φλεγμονὰς τοῦ λαβυρίνθου, μὴ ὑπαρχούσης λοιπὸν λαβυρινθικῆς παθήσεως, ὑπαρχόντων ὅμως λαβυρινθικῶν συμπτωμάτων, ὑπάρχει πιθανότης ὅτι πρόκειται περὶ μεγάλων ἔξω τῆς σκληρᾶς μήνιγγος ἀποστημάτων. Ὅσον ἀφορᾶ τὴν ἀπὸ τῆς μηνιγγίτιδος διάκρισιν τοῦ ἐξωμηνιγγικοῦ ἀποστήματος σημειωτέον ὅτι κατὰ μὲν τὸ ἀπόστημα, ἡ θερμοκρασία δὲν εἶναι ὑψηλὴ ἢ εἶναι φυσιολογική, τοὐναντίον δὲ ὑψηλὴ κατὰ τὴν μηνιγγίτιδα, πλὴν τούτου καὶ τὸ διὰ τῆς νωτιαίας παρακεντήσεως ἐξαγόμενον ὑγρόν, κατὰ μὲν τὴν μηνιγγίτιδα περιέχει μικροοργανισμοὺς ἐνῶ κατὰ

τὸ ἀπόστημα εἶναι θολὸν ἢ διαυγὲς καὶ ἐλεύθερον μικροβίων, τὴν διάγνωσιν δυσχαιρένει ἡ συνύπαρξις ἐξωμηνιγγικοῦ ἀποστήματος τῆς μεσαίας κρανιακῆς κοιλότητος μετ' ἀποστήματος τοῦ κροταφικοῦ λοβοῦ, καὶ δὴ κατὰ τὰ προκεχωρημένα στάδια τῆς νόσου, ἐν τοιαύτῃ περιπτώσει ἡ ἐπὶ ἑβδομάδας ἢ μῆνας διάρκεια τῶν συμπτωμάτων συνηγορεῖ μᾶλλον ὑπὲρ ἐξωμηνιγγικοῦ ἀποστήματος, καίτοι καὶ πάλιν ἐντελὴς βεβαιότης δὲν ὑφίσταται εἰς τὴν διάγνωσιν, διότι ἐνδεχόμενον τὸ τοῦ κροταφικοῦ λοβοῦ ἀπόστημα νὰ εὑρίσκηται εἰς τὸ λανθάνον στάδιον, ἢ καὶ ἀμφότερα νὰ συνυπάρχωσιν, ὁπότε ἡ ἐνεργουμένη ἐγχείρησις μᾶς διαφωτίζει, καθότι ἐὰν μὲν ὑπάρχῃ ἀπόστημα τοῦ κροταφικοῦ λοβοῦ κατὰ τὴν ἀνάτρησιν τοῦ κρανίου εὑρίσκομεν ἐπὶ τῆς σκληρᾶς μήνιγγος κατὰ τὸ μᾶλλον ἢ ἧττον περιγεγραμμένας φλεγμονάς, (στάσιν θρόμβωσιν) ἐνῶ ἐπὶ ἐξωμηνιγγικοῦ ἀποστήματος τὰ ἀγγεῖα τῆς μήνιγγος εἶναι ἀναλλοίωτα.

Τὴν διαφορικὴν διάγνωσιν ἀπὸ ὄγκου τῆς σκληρᾶς μήνιγγος διευκολύνει ὡς ἐπὶ τὸ πλεῖστον ἡ ἔλλειψις τῆς πυώδους μέσης ὠτίτιδος, καίτοι πολλάκις παρετηρήθη ἀνάπτυξις σαρκώματος ἐπὶ ἐδάφους πυώδους ὠτίτιδος, ὁπόταν εὑρίσκομεν τὸ ὀστοῦν διαβεβρομένον ὑπὸ τῶν διεισδυσασῶν ἐν αὐτῷ νεοπλασματικῶν μαζῶν σαρκώματος.

Ὁ *Fr y* ἀναφέρει μίαν περίπτωσιν καθ' ἣν χολοστεάτωμα τῆς σκληρᾶς μήνιγγος προὐκάλεσε τὰ φαινόμενα ἐξωμηνιγγικοῦ ἀποστήματος.

Ἡ ἀκριβὴς γνῶσις τῆς συμπτωματολογίας τῶν ἐξωμηνιγγικῶν ἀποστημάτων καὶ ἡ διὰ τοῦ χρόνου κτωμένη πεῖρα εἶναι ἀπαραίτητος διὰ τὴν διαφορικὴν διάγνωσιν τῶν ἐξωτερικῶν παχυμηνιγγιτίδων καὶ ἀποστημάτων, διότι λόγῳ τῶν συμπτωμάτων, ἀπὸ τῶν μηνίγγων καὶ τοῦ ἐγκεφάλου, ἰδίως ἐπὶ βαθέων ἀποστημάτων τῆς μέσης κρανιακῆς κοιλότητος, πολλάκις τίθεται ἐσφαλμένη διάγνωσις ἐγκεφαλικοῦ ἀποστήματος.

Ἡ διαφορικὴ διάγνωσις, εἶναι βεβαίως χρησιμοτάτη διὰ τὴν θεραπευτικὴν ἡμῶν χειρουργικὴν ἐπέμβασιν, δὲν πρέπει ὅμως ταύτην νὰ ὑπερτιμήσωμεν καὶ πάντοτε νὰ ἀναζητῶμεν τὴν ἀκριβεστάτην διάγνωσιν ἣν πρὸ τῆς ἐγχειρήσεως νὰ ὁρίζωμεν, χρονοτριβοῦντες οὕτω εἰς ἐπειγούσας περιπτώσεις. Ἐπὶ τῶν δυσκόλων καὶ ἀμφιβόλων περιπτώσεων ἀρκεῖ νὰ καθορίζωμεν τὴν περιοχὴν τῆς παθήσεως, ἤτοι τὴν μέσην ἢ ὀπισθίαν κρανιακὴν κοιλότητα, ὁπότε προβαίνοντες εἰς τὴν ἐγχείρησιν θὰ συμπληρώσωμεν τὴν διάγνωσιν ἡμῶν διὰ τοῦ χειρουργικοῦ εὑρήματος. Ὑπὸ πολλῶν συνιστᾶται *(Alexander)* ὑπαρχόντων συμπτωμάτων ἐνδοκρανιακῆς πιέσεως, εὐθὺς πρὸ τῆς ἀνατρήσεως, ἐπὶ τῆς χειρουργικῆς τραπέζης, ἐὰν πρότερον δὲν ἐγένετο, νὰ διενεργεῖται ὀσφυονωτιαία παρακέντησις καὶ τὸ ὑγρὸν πάραυτα νὰ ἐξετάζηται διαρκούσης τῆς ἐγχειρήσεως πρὸς καθοδήγησιν τοῦ χειρούργου, καὶ ὅπως μὴ πᾶσα, μετὰ τὴν ἐγχείρησιν, ἀνακαλυπτομένη μηνιγγῖτις ἀποδίδεται εἰς κακῶς ἐκτελεσθεῖσαν ἐγχείρησιν δεδομένου ὅτι ἡ μηνιγγῖτις δυνατὸν ἔτι νὰ ὑπάρχῃ διαλαθοῦσα τὴν ἐξέτασιν.

ΠΡΟΓΝΩΣΙΣ

Ἐπὶ ἐγκαίρου καὶ εὐρείας διανοίξεως τῆς ἐξωμηνιγγικῆς χώρας ἡ πρόγνωσις εἶναι εὐνοϊκὴ εὑρισκομένου οὕτω τοῦ ἐξωμηνιγγικοῦ ἀποστήματος καὶ ἐκκενουμένου, ἄλλως δυνατὸν νὰ ἐπέλθῃ διάτρησις τῆς σκληρᾶς μήνιγγος καὶ ἐπιπλοκὴ μηνιγγίτιδος, ὁπότε ἡ πρόγνωσις εἶναι κακή. Ἐπίσης δυσευνοϊκὴ εἶναι ἡ πρόγνωσις καὶ ἐπὶ τῶν βαθέως κειμένων ἀποστημάτων, τὸ μὲν ὡς ἐκ τῆς ἀβεβαίας διαγνώσεως τὸ δὲ ὡς ἐκ τῆς προώρως ἀπειλούσης πυώδους μηνιγγίτιδος. Ἐὰν ἡ νόσος μετὰ τὴν χειρουργικὴν ἐπέμβασιν καλῶς ἀπολήξει, ἀναπτύσσεται νεόπλαστος ἰνώδης καὶ ὀστε-

ώδης ἰστός, καὶ οὕτω ἡ ἐκ τῆς χειρουργικῆς ἐπεμβάσεως προξενηθεῖσα ὀστεώδης ἀπώλεια ἀποφράσσεται.

ΘΕΡΑΠΕΙΑ

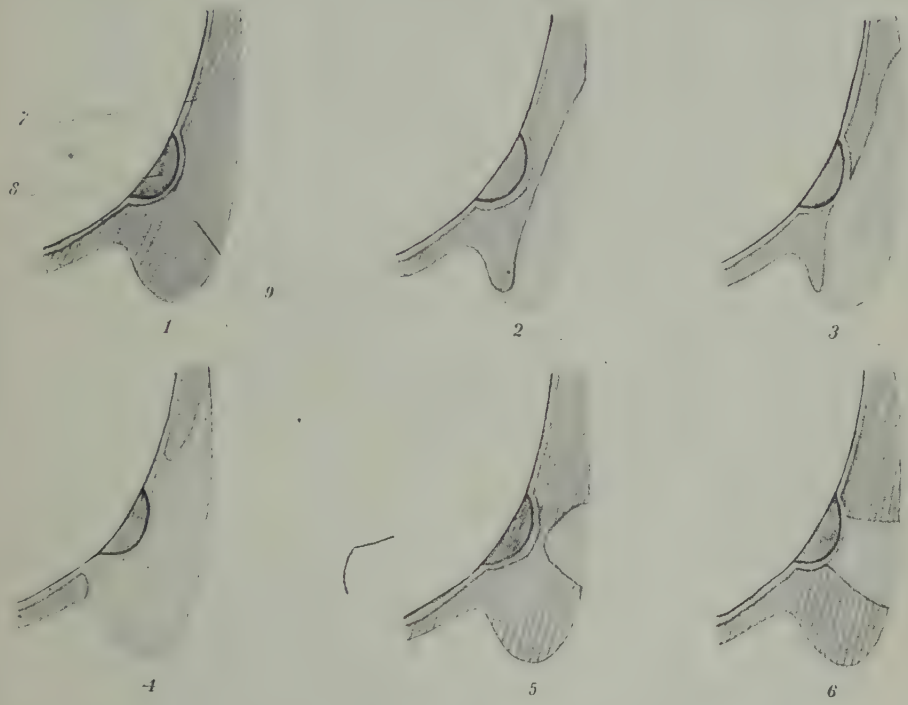
Τῆς αὐτομάτου ἰάσεως τῆς νόσου οὔσης σπανιωτάτης ἐπιβάλλεται ἡ χειρουργικὴ ἐπέμβασις ἀποῤῥιπτομένης πάσης ἄλλης συντηρητικῆς θεραπείας ὡς ἐπιβλαβοῦς. Καὶ ἐὰν μὲν ἡ νόσος ἐπηκολούθησεν ὀξεῖαν μέσην πυώδη ὠτίτιδα, τότε ἀρκούμεθα εἰς τὴν ἀντροτομήν.

Εἰς τὴν ῥιζικὴν δὲ μαστοειδῆ ἐγχείρησιν ἐπὶ χρονίων μέσων πυωδῶν ὠτιτίδων.

Ὅπως ἐλευθερωθῇ ἡ μὲ τὴν μαστοειδῆ ἀπόφυσιν συνεχομένη ἑστία εἰς τὴν ὀπισθίαν ἢ μέσην κρανιακὴν κοιλότητα, ἀφαιροῦμεν τὴν ὀροφὴν τῆς τυμπανικῆς κοιλότητος ἢ τὸ ἔσω πέταλον τῆς κρανιακῆς κάψης προσέχοντες ὅπως μὴ προκαλέσωμεν ῥῆξιν τῆς μήνιγγος μέχρι πέριξ τῆς ὑγιοῦς σκληρᾶς μήνιγγος, ὁπότε οὕτω ἀκολουθοῦντες τὸ πάσχον ὀστοῦ ἢ τὸν συριγγώδη ὀστεώδη πόρον, ἀποκαλύπτομεν ἅπασαν τὴν πάσχουσαν χώραν, κατὰ τὴν μέσην ἢ ὀπισθίαν κρανιακὴν κοιλότητα.

Ἐὰν ὅμως ἐκ τοῦ κροταφικοῦ ὀστοῦ κατὰ τὴν ἐγχείρησιν δὲν ἔχομεν σημεῖα δεικνύοντα τὴν ἑστίαν ἢ ἕδραν τοῦ ἀποστήματος, τότε διανοίγομεν ἐπὶ μὲν ὀξείας μέσης πυώδους ὠτίτιδος ἐν ἀρχῇ τὴν ὀπισθίαν κρανιακὴν κοιλότητα, ἐπὶ δὲ χρονίας τὴν μεσαίαν, ἀποκαλύπτοντες τὴν σκληρὰν μήνιγγα. Ἀποπερατοῦντες οὕτω τὴν ὠτικὴν ἐγχείρησιν. Ἐὰν ἡ νόσος προὐκλήθη ἐκ διαπυήσεως τοῦ λαβυρίνθου πρέπει νὰ ἀφαιρέσωμεν τοῦτον ὁλόκληρον ἢ τιμήματα μόνον καὶ τὸ πάσχον τμῆμα τοῦ κροταφικοῦ καὶ τὴν σπογγώδη μοῖραν τοῦ λιθοειδοῦς, πρέπει ὅμως νὰ ἀφαιρῶμεν

τὸ τμῆμα τοῦ κροταφικοῦ ὀστοῦ κατὰ στρώματα παραλλήλως τῇ μήνιγγι καὶ οὐχὶ καθέτως, τῆς σμήλης φερομένης ἐπὶ τοῦ ὀστοῦ οὐχὶ καθέτως ἀλλ' ἀπτομένης. (ἴδε εἰκὼν 8).



Εἰκὼν 8.—[Alexander].—Ἡ χειρουργικὴ ἀπελευθέρωσις τοῦ κόλπου καὶ τῆς σκληρᾶς μήνιγγος.

D = σκληρὰ μῆνιγξ.
M = μαστοειδὴς ἀπόφυσις.
Ss = συγμοειδὴς κόλπος.

Ἡ ὀρθὴ τεχνητὴ μέθοδος τῆς ἐγχειρήσεως εἰκονίζεται ἀπὸ τῆς εἰκόνος 2-4. Τὸ ὀστοῦν ἀφαιρεῖται ἐν ἀρχῇ κατ' ἐπιπολὴν [οὐχὶ βαθέως] (2), ὥστε ὁ κόλπος ἀπελευθεροῦται (3), κατόπιν διὰ τῆς ὀστεοτόμου λαβίδος ἀφαιρουμένου τοῦ ὀστοῦ ἡ σκληρὰ μῆνιγξ ἐλευθεροῦται εἰς μείζονα ἔκτασιν (4).

Ἡ τεχνητῶς κακῶς ἐφαρμοζομένη μέθοδος εὑρίσκεται εἰς τὰς εἰκόνας 5 καὶ 6, ἔνθα εὐκόλως τραυματίζομεν τὸν κόλπον ἀφαιροῦντες τὸ ὀστοῦν χωνοειδῶς.

Διανοιγείσης οὕτω εὐρείας ὀπῆς τοῦ ὀστοῦ καὶ τῆς σκληρᾶς μήνιγγος ἀποκαλυφθείσης ἀρκούντως κατὰ τὴν πάσχουσαν μοίραν καθὼς καὶ κατὰ τὴν μικρὰν ἔτι πρέριξ ὑγιᾶ

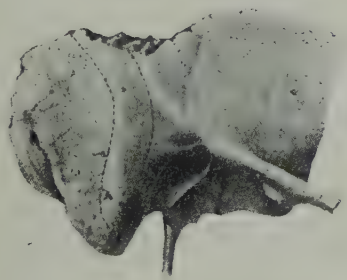
(δ. χ.μ. περιφερείας περιοχήν), ἡ ἐγχείρησις τελεῖται ἐντελὴς καὶ τὸ ἀπόστημα κενοῦται. Καὶ ἄλλαι ἐνδοκρανιακαὶ ἐπιπλοκαὶ δὲν διαφεύγουσιν εὐκόλως. Ἀναλόγως τῶν περιστάσεων ἐπεκτείνομεν τὴν ὀστεώδη ἀφαίρεσιν πρὸς τὸ βρεγματικόν, τὸ ἰνιακόν, τὴν λεπιδοειδῆ μοίραν τοῦ κροταφικοῦ καὶ πρὸς τὰς μεγάλας πτέρυγας τοῦ σφηνοειδοῦς ὀστοῦ. Ἐπὶ περιπτώσεων λίαν βαθέως ἀποστήματος τῆς μέσης κρανιακῆς κάψης. Ἐπὶ δυσχερῶν ἀνατομικῶν ὅρων, ἐνδείκνυται κατὰ τὸν *Jansen* ἡ ἀφαίρεσις τοῦ ὑγιοῦς ἀκόμη λαβυρίνθου, ὁσάκις ἡ παροχέτευσις τοῦ ἀποστήματος εἶναι ἀλλέως ἀδύνατος. Ἐπὶ περιπτώσεως ἀκουσίου τραυματισμοῦ τῆς σκληρᾶς μήνιγγος κατὰ τὴν ἐγχείρησιν συνιστᾶται ὑπὸ τοῦ *Neumann* ἡ ἔτι εὐρυτέρα διάνοιξις τῆς μήνιγγος κατὰ τὸ σημεῖον τῆς ῥήξεως, πρὸς πρόληψιν περαιτέρω μεταδόσεως τῆς φλεγμονῆς εἰς τὰς μήνιγγας (μηνιγγίτιδος ἢ ἐγκεφαλικοῦ ἀποστήματος). Ὑπό τινων συνιστᾶται ἐπὶ παρουσίας σαρκίων ἐπὶ τῆς μήνιγγος ἡ ἀπόξεσις τούτων, πλὴν τὸ τοιοῦτον δέον ἐπιμελῶς νὰ ἀποφεύγηται διὰ τὸν φόβον προκλήσεως μηνιγγίτιδος.

Μετὰ τὴν ἀποπεράτωσιν τῆς ἐγχειρήσεως δὲν συρράπτομεν τὰ χείλη τοῦ τραύματος ἀλλ' ἁπλῶς ἐπιδένομεν εἰσάγοντες ἄνευ πιέσεως ἰωδοφοριούχους θρυαλίδας προβαίνοντες εἰς τὴν ἀλλαγὴν τοῦ τραύματος τὴν 6ην ἡμέραν ἐπὶ ὁμαλῆς πορείας, βραχυνομένου ἀνὰ ἑκάστην ἀλλαγὴν τοῦ μήκους τῆς εἰσαγομένης θρυαλίδος, κατὰ δὲ τὴν δεκάτην ἡμέραν διὰ ῥαμμάτων δυνάμεθα νὰ σμικρύνωμεν τὸ ὀπισθωτικὸν τραῦμα. Ἐμφανιζομένου πυρετοῦ ἢ ἐντόνων ἐγκεφαλικῶν συμπτωμάτων, μετὰ τὴν ἐγχείρησιν, ἐκτελοῦμεν τὴν πρώτην ἀλλαγήν, ταχύτερον ἔτι, καὶ τὴν ἑπομένην τῆς ἐγχειρήσεως ἀναζητῶντες τόσον ἐκ τῆς εἰκόνος τοῦ τραύματος ὅσον καὶ τῆς λοιπῆς κλινικῆς ἐξετάσεως νὰ ἀνεύρωμεν τὴν αἰτίαν τῆς πυρετικῆς ἀνυψώσεως, καταλλήλως ἐπεμβαίνοντες.

Β'.

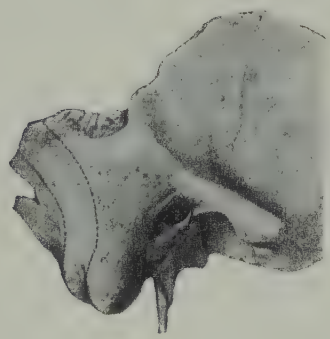
Η ΩΤΟΓΕΝΗΣ ΘΡΟΜΒΟΚΟΛΠΙΤΙΣ ΚΑΙ ΘΡΟΜΒΟΦΛΕΒΙΤΙΣ ΣΗΠΤΙΚΗ ΜΙΚΡΟΒΙΑΙΜΙΑ ΤΟΞΙΝΑΙΜΙΑ ΜΕΤΑ ΚΑΙ ΑΝΕΥ ΜΕΤΑΣΤΑΣΕΩΝ (ΠΥΑΙΜΙΑ, ΣΗΨΑΙΜΙΑ)

Μιὰ τῶν αἰτιῶν τῶν θανάτων τῶν ἐξ ὠτικῶν παθήσεων προερχομένων εἶναι καὶ ἡ θρομβοκολπῖτις καὶ αἱ ἐπιπλοκαὶ αὐτῆς. Ἡ συχνότης αὐτῆς ἐπὶ τῶν ἐνδοκρανιακῶν ἐπιπλοκῶν ὠτικῆς ἀφορμῆς κατὰ τὸν *Körner* εἶναι οὐχὶ εὐκαταφρόνητος καθότι ἐπὶ 115 τοιούτων ἐνδοκρανιακῶν ἐπιπλοκῶν αἱ 41 ἦσαν κολποφλεβίτιδες, κατὰ δὲ τὸν *Pilt*



Εἰκὼν 9.— (Urbantschitsch).

Προσθία διαδρομὴ [προπετὴς] τοῦ ἐγκαρσίου καὶ τοῦ σιγμοειδοῦς κόλπου.



Εἰκὼν 10.—(Urbantschitsch).

Ὀπισθία διαδρομὴ τοῦ σιγμοειδοῦς κόλπου.

ἐπὶ 44 αἱ 22 ἦσαν ὠτικῆς προελεύσεως καὶ ἐξ ἄλλων διαπυήσεων πλησίον τοῦ κόλπου, 3 ἐκ ψευδάνθρακος, 7 τραύματα καὶ 8 μαραντικαὶ θρομβώσεις ἐξ ἐξαντλητικῶν ἀσθενειῶν, ἤτοι περίπου τὰ 2/3 τῶν θρομβοκολπιτίδων προκαλοῦνται ἐκ παθήσεων τοῦ ὠτὸς καὶ κροταφικοῦ ὀστοῦ

Ἡ δὲ συχνότης τῆς νόσου ταύτης ἐν σχέσει πρὸς τὸ φῦλον εἶναι διπλασία παρὰ τῷ ἄῤῥενι γένει ἐν συγκρίσει πρὸς τὸ θῆλυ *(Bürkner)*. Οὕτω ἐπὶ 17 περιπτώσεων θρομβοκολπίτιδος αἱ 14 ἦσαν ἐπὶ ἀῤῥένων καὶ 3 ἐπὶ γυναικῶν *(Lebert)*, ἐπὶ ἑτέρων 70 θρομβοκολπιτίδων αἱ 55 ἦσαν εἰς ἄνδρας καὶ 15 εἰς γυναῖκας *(Hessler)*, ἤτοι κατὰ τὸν *Hessler* 1 1)2 φορὰς συχνότερον εἰς τὸ ἄῤῥεν φῦλον ἢ εἰς τὸ θῆλυ. Ἡ θρομβοκολπῖτις κατὰ τὸν *Alexander* ἐμφανίζεται ἐξ' ἴσου συχνὰ εἰς τὰς ὀξείας καὶ χρονίας μέσας πυώδεις ὠτίτιδας, πλὴν οἱ θάνατοι κατὰ τὴν ὠτογενῆ σηπτικὴν μικροβιαιμίαν μετὰ καὶ ἄνευ ἀλλοιώσεων ἀπὸ τοῦ κόλπου ἀπαντῶσι κατὰ τὸν *Leschke* συχνότερον εἰς τὰς χρονίας περιπτώσεις (75 % *Hessler*, 85 % *Frosselles)* ἢ τὰς ὀξείας (15—30 %).

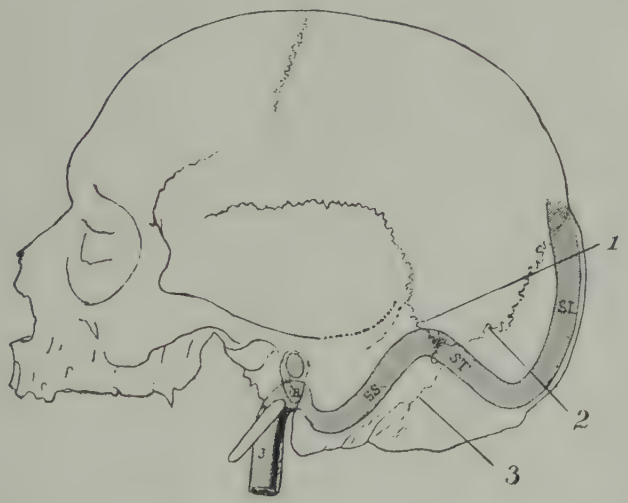
ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΑΝΑΤΟΜΙΑ

Ἡ μόλυνσις τοῦ κόλπου κατὰ τὴν ὀξεῖαν καὶ χρονίαν μέσην πυώδη ὠτίτιδα καὶ μαστοειδίτιδα ἐπέρχεται κατὰ διαφόρους τρόπους. Ἡ διαβρωτικὴ φλεγμονὴ τῆς μαστοειδοῦς βαίνουσα κατὰ βάθος ἀποκαλύπτει, διὰ διαβρώσεως τοῦ ἔσω πετάλου τοῦ κροταφικοῦ ὀστοῦ, εἰς ἄλλοτε ἄλλην ἔκτασιν τὴν μήνιγγα τοῦ κροταφικοῦ λοβοῦ, τῶν κόλπων ἢ τῆς παρεγκεφαλίδος.

Ἡ ἀντιδρῶσα ἤδη ἐπὶ τῇ γειτνιάσει τῆς μολύνσεως λίαν ἀνθεκτικὴ σκληρὰ μῆνιγξ τοῦ ἐγκεφάλου, παχύνεται (ἐξωτερικὴ παχυμηνιγγῖτις) φλεγμαίνουσα, ὑπερτροφεῖ δὲ καὶ σαρκοφυεῖ (ἰδίως ἐπὶ μολύνσεως στρεπτοκόκκου τοῦ βλεννώδους), συλλεγομένου σὺν τῷ χρόνῳ ἐπὶ ταύτης ἀποστήματος (ἐξωμηνιγγικὸν ἀπόστημα).

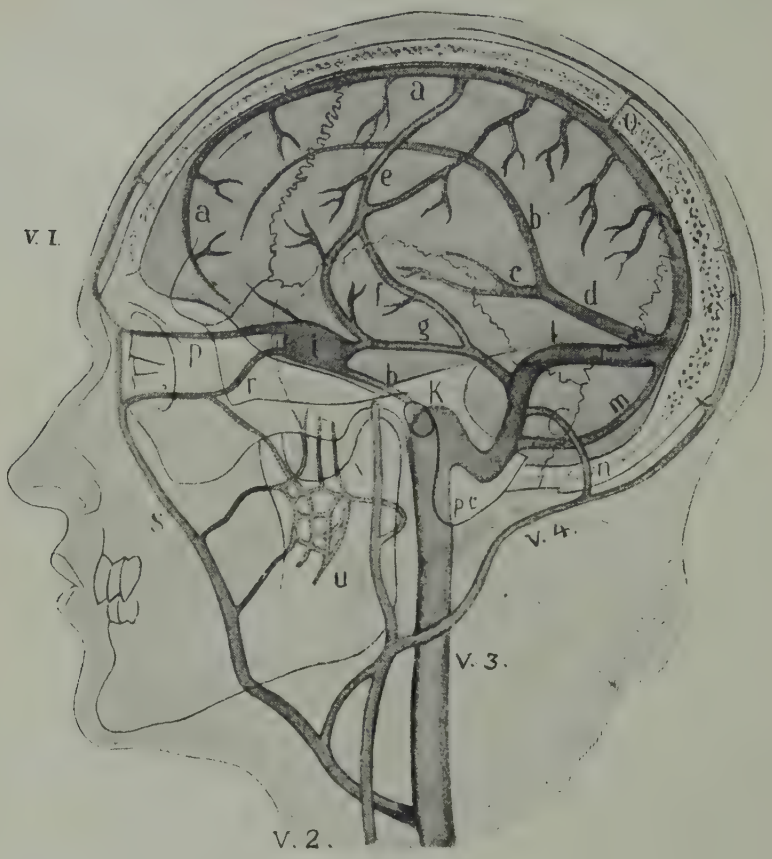
Καὶ εἶναι μὲν ἡ σκληρὰ μῆνιγξ λίαν ἀνθεκτικὴ εἰς τὰς ἐξωτερικὰς φλεγμονάς, ἐκ δύο συνισταμένη πετάλων, διὸ

καὶ ὡς ἐπὶ τὸ πλεῖστον σταματᾷ ἡ φλεγμονώδης ἐπεξεργασία ἐπὶ ταύτης, πλὴν κατὰ τοὺς κόλπους εἶναι ἡ μῆνιγξ λεπτοτέρα ἐκ τοῦ ἑνὸς μόνον πετάλου συνισταμένη τοῦ ἑτέρου περιβάλλοντος τὸν κόλπον ἐκ τῶν ἔσωθεν, τῆς φλεγμονῆς ἐπινεμομένης οὕτω εὐκολώτερον τὸν κόλπον διὰ διαβρώσεως τοῦ ἔξω μόνου αὐτοῦ πετάλου. Ἡ θρόμβωσις ὅμως τοῦ κόλπου, ἔχει ἤδη πολὺ πρότερον ἐπιτελεσθῆ, δι' ὃ καὶ θανατηφόροι αἱμορραγίαι σπανίως παρατηροῦνται (ὀστρακιώδης μαστοειδῖτις). Ἡ συνεπείᾳ τῆς ἐπιδράσεως τῶν μικροβιακῶν ἤδη τοξινῶν *(Dietrich)* καὶ τῆς περικολπικῆς φλεγμονῆς προκαλουμένη ἀλλοίωσις τοῦ ἐνδοθηλείου τοῦ κόλπου (ἐνδοκολπῖτις) ὑποβοηθουμένη ὑπὸ τῆς ἐν τῷ κόλπῳ βραδείας ῥοῆς τοῦ αἵματος, (καθισταμένης ἐνίοτε λόγῳ τῆς ἐκ τῆς πιέσεως τοῦ τυχὸν συλλεγέντος περικολπικοῦ ἀπο-



Εἰκὼν 11. (Urbantschitsch).—Προβολὴ τοῦ κόλπου ἐπὶ τῶν ὀστῶν.

1 = Ἰνιομαστοειδὴς ῥαφή.
2 = βρεγματομαστοειδὴς ῥαφή.
3 = λαμβοειδὴς ῥαφή.
ss = σιγμοειδὴς κόλπος.
st = ἐγκάρσιος κόλπος.
sl = ἄνω ὀβελιαῖος κόλπος.
B = βολβὸς τῆς σφαγίτιδος φλεβός.
J = σφαγῖτις φλέψ.



Εἰκὼν 12. (Anton).

Ἐγκεφαλικοὶ κόλποι καὶ φλέβες εἰς τὸ πρόσωπον καὶ τὸν λαιμόν.

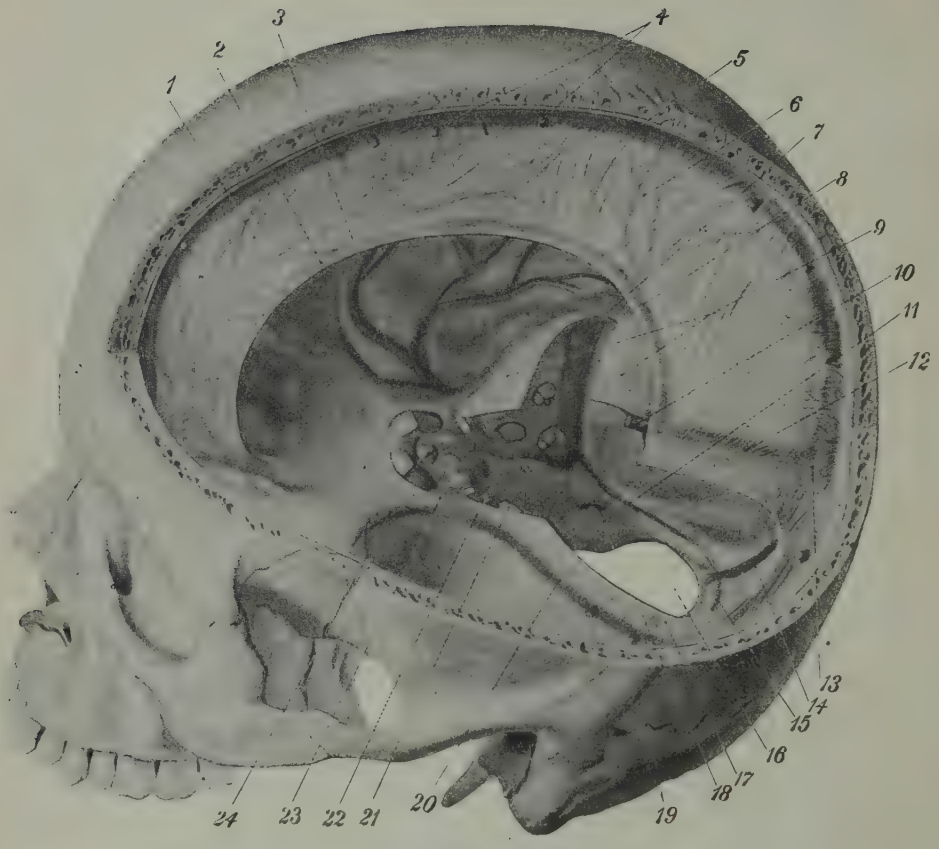
a = *ἐπιμήκης κόλπος ἀνώτερος.*
b = *ἐπιμήκης κόλπος κατώτερος.*
c = *μείζων ἐγκεφαλικὴ φλὲψ τοῦ Γαληνοῦ.*
d = *εὐθὺς κόλπος.*
e = *μείζονα ἀναστομωτικὰ ἀγγεῖα.*
f = *φλὲψ τοῦ Labbé.*
g = *ἀνώτερος πετρώδης κόλπος.*
h = *κατώτερος πετρώδης κόλπος.*
i = *συραγγώδης κόλπος.*
k = *βολβὸς τῆς σφαγίτιδος φλεβός.*
l = *ἐγκάρσιος κόλπος.*
m = *ἰνιακὸς κόλπος.*
n = *μαστοειδὲς σωληνάριον (emissarium).*
o = *βρεγματικὸν σωληνάριον (emissarium).*
r = *κατωτέρα ὀφθαλμικὴ φλέψ.*
s = *προσθία προσωπικὴ φλέψ.*
u = *πτερυγοειδὲς πλέγμα.*
v = *κροταφικὴ φλέψ.*

στήματος, στενώσεως τούτου ἔτι βραδυτέρας), προκαλεῖ θρόμβωσιν τοῦ αἵματος ἐν τῷ σημείῳ τούτῳ τοῦ κόλπου μέχρι καὶ τελείας ἀποφράξεως τοῦ αὐλοῦ αὐτοῦ.

Ἡ φλεγμονὴ ἐπὶ σχετικῶς καλοήθους μικροβιακῆς μολύνσεως δύναται νὰ περιορισθῇ ἐνταῦθα τοῦ θρόμβου ὀργανουμένου. (Κατὰ τὸν *Lange* ἡ φλεγμονὴ τοῦ ἐνδοθηλίου καὶ ὁ σχηματισμὸς θρόμβου εἶναι συνηθέστερον ἢ ὅτι νομίζομεν, τῆς θρομβώσεως μὴ διαπιστουμένης πάντοτε λόγῳ τῆς αὐτομάτου ἰάσεως). Ἡ ἐξέλιξις ὅμως αὕτη εἶναι σπανία. Εἰς τὰς τοιαύτας περιπτώσεις δυνατὸν ὁ αὐλὸς τοῦ κόλπου νὰ ἐπανακατασταθῇ διαυλακουμένου τοῦ θρόμβου κατὰ τὸ κέντρον ἢ τὰ ἄκρα, ὅτε πολλάκις καὶ συμφύσεις τῶν τοιχωμάτων τοῦ κόλπου κατὰ τόπους ἀπαντῶσι (*Lange*, *Urbantschitsch*, *Bondeg* κλπ.). Συνήθως ἡ περικολπικὴ φλεγμονὴ διὰ διατρήσεως τοῦ τοιχώματος τοῦ κόλπου ἐπινέμεται ἤδη καὶ τὸν θρόμβον, διαπυουμένου καὶ τούτου.

Ἡ σύστασις τοῦ τοιχώματος τοῦ κόλπου διαφέρει ἐπὶ τῆς ὀξείας καὶ χρονίας μέσης πυώδους ὠτίτιδος, καθότι ἐπὶ μὲν τῆς ὀξείας καλύπτεται τοῦτο ὑπὸ σαρκίων (ἀπὸ ἐλαφρᾶς βελουδοειδοῦς χροιᾶς μέχρι παχέως στρώματος σαρκίων) ἐνίοτε γαγγραίνης καὶ δυσκόλου ἀνευρέσεως συριγγίου εἰς τὸ παχὺ ἐκεῖνο στρῶμα τῶν σαρκίων, ἐπὶ δὲ χρονίας μέσης πυώδους ὠτίτιδος μετὰ χολοστεατώματος καὶ περικολπικοῦ ἀποστήματος τὸ τοίχωμα τοῦ κόλπου καθίσταται γαγγραινῶδες εἰς μεγάλην ἔκτασιν.

Κατὰ τὴν βαρεῖαν ὀστρακιώδη μαστοειδίτιδα καὶ τὴν διφθεριτικήν, τὰς χαρακτηριζομένας ἐκ τῆς ἐκτεταμένης νεκρωτικῆς φλεγμονώδους ἐπεξεργασίας ἐπέρχονται ἐνίοτε αὐτόματοι αἱμορραγίαι ἀπὸ τοῦ κόλπου. Ὁμοίως παρετηρήθησαν καὶ κατὰ τὴν φυματίωσιν τοῦ μέσου ὠτὸς (*Lange*). Καὶ τοιαύτη μὲν εἶναι ἡ κατ᾽ ἄμεσον ἐπινέμησιν προκαλουμένη κολπῖτις μετὰ θρομβώσεως τοῦ κόλπου



Εἰκὼν 13. (Sobotta-Dejardins).—Ἡ σκληρὰ μῆνιγξ μετὰ τῶν κόλπων.

1 = *δρέπανον.*
2 = *κάτω ὀβελιαῖος κόλπος.*
3 = *μέσα μηνιγγαῖα ἀγγεῖα.*
4 = *μηνιγγικαὶ φλέβες.*
5 = *ἄνω ὀβελιαῖος κόλπος.*
6 = *δρέπανον.*
7 = *πλάγιος ἢ ἐγκάρσιος κόλπος.*
8 = *κάτω ὀβελιαῖος κόλπος.*
9 = *σκηνίδιον τῆς παρεγκεφαλίδος.*
10 = *μεγάλη φλὲψ τοῦ ἐγκεφάλου (Γαλήνειος).*
11 = *ἐγκάρσιος ἰνιακὸς κόλπος.*
12 = *εὐθὺς κόλπος.*
13 = *ληνὸς τοῦ Ἡροφίλου.*
14 = *δρέπανον τῆς παρεγκεφαλίδος.*
15 = *ἰνιακὸς κόλπος ἐγκάρσιος.*
16 = *Ἰνιακὸν τρῆμα.*
17 = *σκηνίδιον τῆς παρεγκεφαλίδος.*
18 = *σκληρὰ μῆνιγξ.*
19 = *κάτω ἐγκεφαλικαὶ φλέβες.*
20 = *ἄνω λιθοειδὴς κόλπος.*
21 = *τρίδημον νεῦρον.*
22 = *κάτω λιθοειδὴς κόλπος.*
23 = *σηραγγώδης κόλπος.*
24 = *σφηνοβρεγματικὸς κόλπος τοῦ Breehet.*

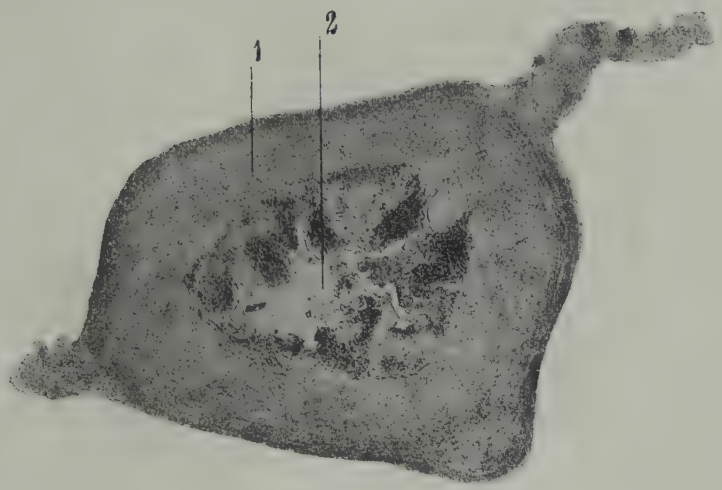
Ἀλλὰ καὶ ἐμμέσως ἐπέρχεται θρομβοκολπῖτις διὰ ἐπεκτάσεως τῆς θρομβώσεως καὶ τῆς φλεγμονῆς ἀπὸ τῶν φλεβῶν τοῦ ὀστοῦ (ὀστεοφλεβῖτις), ἢ τοῦ βλεννογόνου τοῦ μέσου ὠτὸς καὶ τῶν πέριξ. Οὕτω δυνατὸν νὰ μεταδοθῇ ἡ θρομβοκολπῖτις διὰ τῶν φλεβῶν τοῦ περικαρωτιδικοῦ φλεβώδους πλέγματος, ἀπὸ τῶν φλεβῶν τοῦ μέσου ὠτὸς ἢ διὰ διαβρώσεως τοῦ λεπτοῦ πετάλου τοῦ καρωτιδικοῦ σωλῆνος (θρόμβωσις τοῦ σηραγγώδους τοῦ σιγμοειδοῦς καὶ τῶν λιθοειδῶν), διὰ τῆς φλεβὸς τοῦ μαστοειδοῦς σωληναρίου (*Emissarium mastoideum*), διὰ τῶν φλεβῶν τῶν ὑδραγωγῶν τῆς αἰθούσης καὶ τοῦ κοχλίου, τῆς ἔσω ἀκουστικῆς φλεβὸς καὶ φλεβῶν τῆς μήνιγγος (θρομβοκολπῖτις τοῦ ἐγκαρσίου κόλπου) διὰ πιθανῆς μεταδώσεως τῆς φλεγμονῆς ἀπὸ φλεβὸς τοῦ σκηνηδίου τῆς παρεγκεφαλίδος, (ἓν περιστατικὸν τοῦ *O. Beck*). Πλὴν τούτου ὅμως καὶ ἄλλαι ὁδοὶ θρομβώσεως τοῦ κόλπου περιεγράφησαν. Ὑπὸ τοῦ *Beck* ὡς καὶ κατωτέρω θέλομεν ἀναφέρει, περιεγράφη ἐπὶ ὀξείας ὠτίτιδος ὀλίγων ἡμερῶν, δευτερογενὴς κολποφλεβῖτις προελθοῦσα ἐκ μεταστατικοῦ ἀποστήματος ἐμφανισθέντος τὴν 5ην ἡμέραν κατὰ τὴν κατ' ὦμον ἄρθρωσιν, ἤτοι ἐκ σηπτικῆς ὠτογενοῦς μικροβιαιμίας μετὰ μεταστάσεων. Ὑπὸ τοῦ *E. Urbantschitsch* περιγράφεται θρομβοκολπῖτις τοῦ ἄνω ὀβελιαίου κόλπου πιθανῶς ὁμοίας αἰτιολογίας, ἄνευ θρομβώσεως τῶν λοιπῶν περὶ τὸ οὖς κόλπων.

Πλὴν τοῦ τρόπου τούτου τῆς μολύνσεως τῶν κόλπων δυνατὸν καὶ ῥωγμαὶ ἐκ διαμαρτίας περὶ τὴν διάπλασιν νὰ διευκολύνωσι τὴν φλεγμονὴν τοῦ κόλπου. Τοιαῦται ῥωγμαὶ οὐχὶ σπανίως ἀπαντῶσαι (2 — 6 °/₀ *Körner*, *Budde Müller*) κατὰ τὸ ἔδαφος τῆς τυμπανικῆς κοιλότητος, ἄγουσιν εἰς θρομβοφλεβίτιδα τοῦ ὑπὸ τοῦτο εὑρισκομένου βολβοῦ τῆς σφαγίτιδος φλεβὸς (*Bürckner*, *Brock*, *Behm*).

Εἰς γένεσιν τῆς πρωτοπαθοῦς θρομβοφλεβίτιδος τοῦ βολβοῦ τῆς σφαγίτιδος φλεβὸς δὲν εἶναι ἀπαραίτητος ἡ

ὕπαρξις τοιούτων ῥωγμῶν, ἀρκεῖ τὸ τοίχωμα νὰ ἦναι λεπτὸν καὶ νὰ μεταδοθῇ ἡ φλεγμονὴ διὰ φλεβῶν τοῦ ἐδάφους τῆς τυμπανικῆς κοιλότητος (*Wittmaack*). Ἐπὶ μιᾶς περιπτώσεως τοῦ *Behm* προὐκλήθη ἡ θρόμβωσις τοῦ βολβοῦ ἐκ διαπυήσεως μικρᾶς ὀστεοκυψέλης τοῦ ἐδάφους τοῦ κοίλου τοῦ μέσου ὠτός. Ἡ θέσις τῶν κυψελῶν τούτων κατὰ τὸ ἔδαφος καὶ ὄπισθεν τοῦ προσωπικοῦ πόρου καὶ τοῦ ὀπισθίου τοιχώματος τοῦ ἐξ. ἀκ. πόρου κατὰ τὸ ὅριον τοῦ κάτω γόνατος τοῦ σφυγμοειδοῦς κόλπου, (ἀφοριστικαὶ κυψέλαι, *Schwellenzellen* κατὰ τὸν *Beyer*) ἔχει κατὰ τὸν *Behm* μεγάλην σημασίαν διὰ τὴν πρωτοπαθῆ θρόμβωσιν τοῦ βολβοῦ τῆς σφαγίτιδος φλεβός. Τὴν θρόμβωσιν τοῦ βολβοῦ διευκολύνει κατὰ τὸν *Leuler* ἡ ἐκ τῆς ἀποτόμου καμπῆς τοῦ ἀγγείου καὶ διευρύνσεως τούτου μετὰ στένωσιν ἐπιβράνδυσις τῆς κυκλοφορίας τοῦ αἵματος, κατὰ τὴν παλαιὰν ἀρχὴν τοῦ *Virchow*, καὶ ἡ πρόκλησις στροβίλλου. Πλὴν τούτου κατὰ τὸν *Behm* ἡ μετάδοσις τῆς φλεγμονῆς πρὸς τὸν βολβὸν τῆς σφραγίτιδος φλεβὸς δύναται νὰ ἐπέλθῃ διὰ τοῦ ἐν τῷ σφαγιτιδικῷ βόθρῳ ἐκστομουμένου μαστοειδοῦς σωληναρίου (δι' οὗ διέρχεται ὁ ὠτιαῖος κλάδος τοῦ πνευμογαστρικοῦ νεύρου καὶ διὰ τοῦ ἐν τῷ λιθοειδεῖ βόθρίῳ (παράβαλ. Σκλαβούνου ἀνατομικὴ) ἀπολήγοντος τυμπανικοῦ σωληναρίου (*Jacobson*), δι' οὗ διέρχεται τὸ τυμπανικὸν νεῦρον (κλάδος τοῦ IX ν.). Ἐν τῇ αἰτιολογίᾳ τῆς λίαν σπανίας μονομεροῦς θρομβώσεως τοῦ σηραγγώδους κόλπου δέον νὰ συγκαταλλεγῇ καὶ ὀστῖτις ἢ ὀστεομυελῖτις τῆς κορυφῆς τοῦ λιθοειδοῦς ὀστοῦ κατόπιν μέσης πυώδους ὠτίτιδος (*Popper*). Ὁ θρόμβος ἄλλοτε μὲν ἀποφράσσει ἐξ ὁλοκλήρου τὸν αὐλὸν τοῦ κόλπου, (ἀποφρακτικὸς, *obliteri rend*), ἄλλοτε δὲ εἶναι προσπεφυκὸς ἐπὶ ἑνὸς μόνον μέρους τοῦ τοιχώματος τοῦ κόλπου, (*wandständiger*) παραμένοντος οὕτω χώρου δι' οὗ τὸ αἷμα ἐξακολουθεῖ νὰ κυκλοφορῇ.

Αἱ δεύτεραι περιπτώσεις εἶναι κατὰ τὸν *Lange* σχετικῶς καλοήθεις. Ὁ θρόμβος σχηματίζεται συχνότερον ἐν τῷ σιγμοειδεῖ κόλπῳ, σταματᾷ δὲ συνήθως κατὰ τὴν στένωσιν τὴν σχηματιζομένην πρὸ τοῦ βολβοῦ τῆς σφαγίτιδος φλεβὸς ἢ τὸ ἄνω γόνυ τοῦ σιγμοειδοῦς κόλπου. Ἐνίοτε



Εἰκὼν 14. (Alexander).

Ἐγκαρσία τομὴ διὰ τοῦ σιγμοειδοῦς κόλπου ἐπὶ φλεγμονώδους θρομβοφλεβίτιδος.

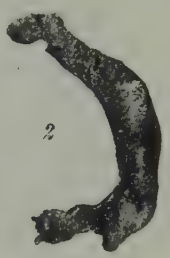
1 = ἔντονος πάχυνσις παχυδερμικὴ τοῦ τριχώματος τοῦ κόλπου. | *2 = ὑπόλοιπον τοῦ αὐλοῦ τοῦ κόλπου.*

ὅμως δὲν περιορίζεται ἐν τῇ ἀρχικῇ αὐτοῦ θέσει, ἀλλ' ἐπεκτείνεται αὐξάνων περαιτέρω κατὰ τὴν φορὰν τῆς ροῆς τοῦ αἵματος ἢ καὶ ἀντιθέτως *(Lange)*. Οὕτω ἡ θρόμβωσις ἀρχομένη ἀπὸ τοῦ ἐγκαρσίου κόλπου, ἐπεκτείνεται αὐξανομένου τοῦ θρόμβου πρὸς τὰ ὀπίσω, ἐνίοτε πρὸς τὸν ληνὸν τοῦ Ἡροφίλου, πρὸς τὸν ἄνω ὀβελιαῖον καὶ τὸν εὐθύν, ἢ πρὸς τὸν ἐγκάρσιον τοῦ ἀντιθέτου ἡμιμορίου ἢ πρὸς τὸν ἄνω λιθοειδῆ καὶ δι' αὐτοῦ πρὸς τὸν σηραγγώδη κόλπον, ἐκεῖθεν πρὸς τὴν ὀφθαλμικὴν φλέβα πολλάκις διὰ τοῦ κυκλοτεροῦς κόλπου *Ridley* (μεσοσηραγγώ-

δους) εἰς τὸν σηραγγώδη κόλπον, τοῦ ἀντιθέτου ἡμιμορίου, τοὐτ' ἔστι πολλάκις ἐπὶ ὅλων τῶν κόλπων τοῦ κρανίου, ὁπότε οἱ περὶ τὸ πάσχον οὗς κόλποι ἀποφράσσονται, τῶν λοιπῶν ἀφινόντων λεπτὸν νηματοειδῆ αὐλόν, συχνὰ ἐπεκτείνεται τὸ ἄνω μέρος τῆς σφαγίτιδος φλεβὸς πρὸς τὴν κοίλην φλέβα καὶ τὴν προσωπικήν. Ἄλλοτε ἡ θρόμβωσις ἀρχομένη ἐξ ἑνὸς τῶν λιθοειδῶν κόλπων, ἐπεκτείνεται πρὸς

Εἰκὼν 15. (Alexander).

Δι' ἐγχειρήσεως ἀφαιρεθεὶς ἀτρακτοειδῶς ἀποφράσσων μολυσματικὸς θρόμβος (φυσικὸν μέγεθος) ἀπὸ τοῦ σιγμοειδοῦς κόλπου. Ὠτογενὴς πυαιμία μετὰ μολυσματικῆς θρομβώσεως τῆς σφαγίτιδος φλεβὸς (ἴδε εἰκὼν 20) κατὰ τὴν πορείαν μιᾶς χρονίας δι' ἀποσυνθέσεως (verjauchung) ἑνὸς χολοστειατώματος ἐπιπλακείσης πυώδους μέσης ὠτίτιδος (ἴασις).



Εἰκὼν 16. (Alexander).

Δι' ἐγχειρήσεως ἀφαιρεθεὶς μολυσματικὸς θρόμβος (φυσικὸν μέγεθος) ἀπὸ τοῦ σιγμοειδοῦς κόλπου ἑνὸς παιδίου ἐνεαετοῦς. Ὠτογενὴς στρεπτοκοκκικὴ πυαιμία μετὰ παχυμηνιγγίτιδος ἐσωτερικῆς, κατὰ τὴν πορείαν μιᾶς ὀξείας ὀστρακιώδους ὠτίτιδος, ἐγχείρησις (ἴασις).

τὸν σηραγγώδη, πρὸς τὸν ἐγκάρσιον καὶ πρὸς τὴν σφαγίτιδα φλέβα μέχρι τῆς καρδίας καὶ τὰς διαμέσους φλέβας, τὰς μετὰ τῆς σφραγίτιδος συγκοινωνούσας, ἢ κατὰ τὸν *Traïtmann* δυνατὸν καὶ κατ' ἀνάδρομον τῇ ροῇ τοῦ αἵματος μετάστασιν ὁ σηραγγώδης κόλπος, τοῦ ἑνὸς ἡμιμορίου ἀπὸ τοῦ ἐγκαρσίου τοῦ ἑτέρου νὰ μολυνθῇ.

Ἐνίοτε ἡ θρόμβωσις τοῦ ἐγκαρσίου κόλπου ἐπεκτείνε-

ται πρὸς τὴν φλέβα τοῦ μαστοειδοῦς τμήματος καὶ τὰς κονδυλοειδεῖς φλέβας. Ἀλλὰ καὶ μονομερεῖς θρομβώσεις τῆς φλεβὸς τοῦ μαστοειδοῦς τρήματος *(Emissarium mastoideum)* παρατηροῦνται *(Lange)*.

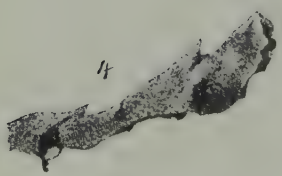
Κατὰ τὴν ὠτογενῆ σηπτικὴν μικροβιαιμίαν δυνατὸν καὶ μαραντικοὶ θρόμβοι, ἐκ τῶν ἐν τῷ αἵματι κυκλοφορούντων μικροβίων δευτερογενῶς νὰ μολυνθῶσι καὶ διαπυηθῶσι. Τοιαῦται περιπτώσεις ἀναφέρονται ὑπὸ τοῦ *Kühne* καὶ *Neûmann*. Τὴν γένεσιν τῆς θρομβώσεως τοῦ κόλπου ἐξ ὠτογενοῦς μολύνσεως ἐμελέτησε πειραματικῶς ἐπὶ κυνῶν καὶ πιθήκων ὁ *Haymann*.

Εἰκὼν 17. (Alexander).

Χειρουργικῶς ἀπομακρυνθέντες θρόμβοι (φυσικὸν μέγεθος) ἀπὸ τοῦ συγμοειδοῦς κόλπου, τοῦ ἐγκαρσίου κόλπου καὶ τοῦ βολβοῦ τῆς σφαγίτιδος φλεβός. Πυαιμία κατὰ τὴν πορείαν μιᾶς ὑποξείας μέσης πυώδους ὠτίτιδος (ἴασις).

Ὡς καὶ ἀνωτέρω ἐλέχθη ἡ συνήθης ἐξέλιξις τοῦ θρόμβου, ἐὰν ἡ καλοήθεια τῆς φλεγμονῆς διὰ ταχείας ὀργανοποιήσεως, ἢ ὁ θάνατος ἐκ σηπτικῆς μικροβιαιμίας, ἢ ἡ χειρουργικὴ ἐπέμβασις δὲν διακόψωσι τὴν ἐξέλιξιν, εἶναι ἡ διαπύησις, ἐνίοτε μάλιστα ἐν τῷ αὐτῷ θρόμβῳ ἀνευρίσκονται παρὰ διαπυηθείσαις ἑστίαις, ὀργανοποιηθεῖσαι τοιαῦται, ὁσάκις μάλιστα αὗται εὑρίσκονται κατὰ τὰ ἄκρα, σχηματίζεται τῆς διαπυήσεως ἐπελθούσης ἐκ διαβρώσεως τοῦ τοιχώματος τοῦ κόλπου, μεγάλη ἀποστηματικὴ κοιλότης εἰς τὸν σχηματισμὸν τοῦ τοιχώματος τῆς ὁποίας συμμετέχει κατὰ τὸν τρόπον τοῦτον καὶ ὁ κόλπος. Ἀλλὰ καὶ ἐξ ὁλοκλήρου δυνατὸν νὰ διαπυηθῇ ὁ θρόμβος, τοῦθ' ὅπερ συνήθως συμβαίνει, κατὰ τὴν δι' ἀναεροβίων μικροβίων μόλυνσιν *(Lange)*.

Ἡ πρόγνωσις εἶναι κακή. Τοῦ κολπικοῦ τοιχώματος οὕτω εὐρέως καταστραφέντος, ὁ θρόμβος ἐπίκειται τοῦ τεηδονισμένου ὀστοῦ, πολλάκις μάλιστα μεγάλης ὀστεώδους κοιλότητος σχηματισθείσης. Ἐκ τοῦ διαβρωθέντος ὀστοῦ σχηματίζονται εὐρεῖαι συγκοινωνίαι μεταξὺ τοῦ ὀστοῦ καὶ τοῦ αὐλοῦ τοῦ κόλπου τοῦ ἐλευθερωθέντος, ἐν μέρει ἐκ τῆς διαλύσεως τοῦ θρόμβου, ἄλλοτε ἐπεκτείνονται χολοστεατοματώδεις μάζαι ἀπὸ τοῦ κροταφικοῦ ὀστοῦ πρὸς τὸν ἐξηλκωμένον κόλπον.



Εἰκὼν 18. (Alexander).

Χειρουργικῶς ἀφαιρεθεὶς θρόμβος (φυσικὸν μέγεθος) ἀπὸ τοῦ ἐγκαρσίου κόλπου, ἐπὶ ἐκτεταμένης μολυσματικῆς θρομβοφλεβίτιδος εἰς μίαν περίπτωσιν χρονίας μέσης πυώδους ὠτίτιδος (ἴασις).

Εἰκὼν 19. [Alexander].

Χειρουργικῶς ἀφαιρεθεὶς μολυσματικὸς θρόμβος [φυσικὸν μέγεθος] ἀπὸ τῆς σφαγίτιδος φλεβὸς [ἐσωτερικῆς] ἐπὶ χρονίας μέσης πυώδους ὠτίτιδος [ἴασις].

αβ = ἐπέκτασις τῆς θρομβώσεως εἰς τὴν θέσιν τῆς ἀναστομώσεως τῆς κοινῆς προσωπικῆς φλεβὸς [1] καὶ μιᾶς θυρεοειδοῦς φλεβός [2].

Ἡ ἐκ τῆς ὀργανοποιήσεως τοῦ θρόμβου κατὰ τὴν αὐτόματον ἴασιν προκαλουμένη διακοπὴ τῆς κυκλοφορίας τοῦ αἵματος δὲν ἔχει οὐδεμίαν περαιτέρω σημασίαν, λόγῳ τῆς ἐπαρκοῦς παραπλεύρου κυκλοφορίας.

Τὰ περὶ τὸν τεθρομβωμένον κόλπον μέρη, ἤτοι μῆνιγξ,

ἐγκέφαλος καὶ παρεγγεφαλίς, εἶναι ὑπεραιμικαί. Αἱ παθολογοανατομικαὶ ἀλλοιώσεις τῆς γειτνιαζούσης ἐγκαιφαλικῆς οὐσίας ποικίλουσιν ἀπὸ οἰδήματος καὶ μικρᾶς μικροκυτταρικῆς διηθήσεως μέχρι ἐγκεφαλίτιδος καὶ ἀποστήματος κατὰ τὴν παρεγγεφαλίδα ἢ τὸν κροταφικὸν λοβόν. Τοῦ ἐγκαρσίου καὶ σηραγγώδους κόλπου θρομβουμένου, ἐπέρχονται παρέσεις ἢ παραλύσεις τῶν συμπορευομένων καὶ γειτνιαζόντων νεύρων, λ. χ. παράλυσις τοῦ ἀπαγωγοῦ ν, θηλῖτις ἐκ στάσεως, ἐξόφθαλμος καὶ οἴδημα ἐκ θρομβώσεως τῆς ὀφθαλμικῆς φλεβὸς ἐπὶ θρομβώσεων τοῦ σηραγγώδους κόλπου. Παραλύσεις τοῦ πνευμογαστρικοῦ ν, τοῦ γλωσσοφαρυγγικοῦ ν, καὶ τοῦ παραπληρωματικοῦ, ὁσάκις ὁ θρόμβος ἐπεκτείνεται διὰ τοῦ βολβοῦ τῆς σφαγ. φλεβὸς καὶ εἰς τὸ πρόσθιον ῥηγματῶδες τρῆμα.

Κατὰ τὸν *Milligan* ἐπὶ θρομβώσεως τοῦ σηραγγώδους κόλπου ἐμφανίζεται οἴδημα τοῦ φάρυγγος καὶ τῆς περιαμυγδαλικῆς χώρας.

Τῆς θρομβώσεως ἐπεκτεινομένης ἀπὸ τῶν ἐγκεφαλικῶν κόλπων πρὸς τὴν σφαγίτιδα, καὶ δευτεροπαθῶς ἐκ φλεγμονῆς ἀπὸ τοῦ φλεβικοῦ τοιχώμανας ἐπερχομένης, ἢ ἐκ μεταστάσεως, παρουσιάζεται πολλάκις ἐξοίδησις τῶν παρακειμένων λυμφατικῶν ἀδένων, πυώδης διήθησις καὶ ἐκ διαῤῥήξεως τῆς φλεβὸς σχηματισμὸς ἀποστημάτων ἰχωρωδῶν ἐπεκτεινομένων καὶ πρὸς τὸ φαρυγγικὸν τοίχωμα, ἐνῶ ἡ θρομβωθεῖσα φλὲψ παρουσιάζεται ὡς παχὺ σχοινίον, συνδεόμενον μετὰ τῶν πέριξ δι' ἰνωδῶν συμφύσεων. Τοῦ θρόμβου διαπυουμένου, καὶ τοῦ ἔσω τοιχώματος τοῦ κόλπου ἀλλοιωμένου, καὶ γαγγραινοποιουμένου, ἐπέρχεται ἐσωτερικὴ παχυμηνιγγῖτις, ἐνδομηνιγγικὸν ἀπόστημα, καὶ πυώδης μηνιγγῖτις. Ὁ ἐν τῷ κόλπῳ εὑρισκόμενος θρόμβος, συνδέεται στερεῶς μετὰ τῶν φλεγμαινουσῶν θέσεων τοῦ ἐσωτερικοῦ τοιχώματος, τοῦ κόλπου, εἶναι ὡς ἐπὶ τὸ πλεῖστον τὸ σχῆμα σχοινοειδής, ἀφίνων

ἐνίοτε ὡς καὶ ἀνωτέρω ἐλέχθη κενὸν ἐν τῷ αὐλῷ τοῦ κόλπου, δι' οὗ τὸ αἷμα διαῤῥέει ἐν αὐτῷ, ἄλλοτε πάλιν ἀποφράσσει τελείως τὸν αὐλὸν ἢ εἶναι ἀτρακτοειδὴς ἢ παριστᾷ ἀποτυπώματα τοῦ πάσχοντος τμήματος τοῦ ἀγγείου. Καὶ κατὰ τὸν χρωματισμὸν ὁ θρόμβος εἶναι διάφορος καθότι ὁ μὲν πρόσφατος εἶναι βαθέως ἐρυθρός, ὁ δὲ παλαιότερος ἐρυθρόφαιος, κιτρινοπράσινος διαπεπυημένος συνήθως μετὰ μικροβίων, σπανίως στεῖρος. Ἐπίσης τὸν χρωματισμὸν καὶ τὴν ὑφὴν διαφέρει ὁ κόλπος κατὰ τὰ διάφορα στάδια τῆς νόσου. Οὕτω ἐν μὲν τῇ ἀρχῇ τῆς νόσου ἡ ἐσωτερικὴ ἐπιφάνεια τοῦ κόλπου εἶναι βαθέως ἐρυθρά, βραδύτερον εἶναι φαιομέλαινα ἢ κιτρινοπρασσίνη. ἐνῷ ἡ ἐξωτερικὴ αὐτοῦ ἐπιφάνεια εἶναι σκληρά, τραχεῖα, φαιοέρυθρος ἢ κιτρινωπή, ἐξ ἰνωδῶν καταθέσεων πεπαχυμένη καὶ εὔθραυστος, βραδύτερον δὲ ἰσκοειδὴς κακόχρωμος. Δυνατὸν ὅμως καὶ ἐλαχίστας ἀλλοιώσεις ἐξωτερικῶς νὰ παρουσιάζῃ ὁ κόλπος, ἐσωτερικῶς δὲ νὰ ὑφίσταται ἐκτεταμένη θρομβοκολπῖτις, ἥτις καὶ ἄλλας ἤδη ἐνδοκρανιακὰς ἐπιπλοκὰς νὰ ἔχῃ ἐπιφέρει. Ὑπὸ τοῦ *Beck* ἀναφέρεται τοιαύτη περίπτωσις. Εἰς τὰς τοιαύτας περιπτώσεις ἐμφανίζεται ἐνίοτε ὁ κόλπος κατὰ τόπους ὀλίγον τι ἀτελῶς πεπληρωμένος. Ἡ κατάστασις αὕτη καὶ μόνη μετὰ ἐλαχίστων τινῶν περικολπικῶν ἀλλοιώσεων δέον νὰ ἐπισύρῃ τὴν προσοχὴν ὁσάκις μάλιστα τὰ ἐγχειρητικὰ εὑρήματα δὲν ἀνταποκρίνονται τελείως πρὸς τὰ κλινικὰ συμπτώματα, ἡ ἡμικροβιολογικὴ ἐξέτασις ἀποδείξει στρεπτόκοκκον τὸν βλενώδη *(Schottmüller, streptococ us mucosus)*. Εἰς τὰς περιπτώσεις ταύτας δυνατὸν καὶ ἡ πυρετικὴ κίνησις ἀκόμη νὰ ᾖναι μικρά.

Τὸ ἐγκεφαλονωτιαῖον ὑγρὸν κατὰ τὴν θρομβοφλεβίτιδα ἐνίοτε ἁλοῦται, εἰσερχομένων ἐξ ἀντιδράσεως ἐν τούτῳ πολυμορφοπυρήνων, λευκοκυττάρων καὶ μονοπυρήνων λεμ-

φοκυττάρων. Ἡ δὲ εἴσοδος τῶν πολυμορφοπυρήνων εἶναι τί ἀνάλογον, πρὸς τὴν περιφλεγμονώδη ἑστίαν ἐν τοῖς ἱστοῖς, συρροὴν λευκοκυττάρων, (λευκοκυτταρικὴ διήθησις).

Εἰκὼν 20. [Alexander].

Μετὰ θρομβωδῶν μαζῶν καὶ πύου πεπληρωμένη μετὰ τοῦ βολβοῦ ἀφαιρεθεῖσα ἐσωτερικὴ σφαγῖτις φλὲψ [φυσικὸν μέγεθος]. Ἐγχείρησις [Ἴασις].

Εἰκὼν 21.

[A. Denker καὶ W. Brüning].

Θρομβωθεῖσα ἐσωτερικὴ σφαγῖτις φλέψ, ἀφαιρεθεῖσα ἀπό τινος κορασίου ὀωδεκαετοῦς.

V. f. p. = ὀπισθία προσωπικὴ φλέψ.
V. f. a. = προσθία προσωπικὴ φλέψ.
V. th. Sup = ἀνωτέρα θυρεοειδὴς φλέψ.

Εἰς τὸν δοκιμαστικὸν σωλῆνα ἱρεμοῦντα σχηματίζονται μετὰ 6—24 ὥρας λεπτὰ ἰνώδη πήγματα μὲ ἄφθονα μόνο καὶ πολυπύρηνα λευκοκύτταρα. Τὸ ὑγρὸν εἶναι στεῖρον μικροβίων. Αἱ περιπτώσεις αὗται 10% τῶν θρομβοκολπιτίδων, εἶναι κατὰ τὸν *Alexander* προστάδιον τῆς μηνιγγίτιδος. Ἡ δι' ἐνδοκρανιακὴ πίεσις εἶναι ηὐξημένη. Ἡ αὔξησις αὕτη τῆς ἐνδοκρανιακῆς πιέσεως κατὰ τὸν *Leschke* ἐξικνεῖται μέχρι 170 ἢ 270 χιλιοστῶν στήλης ὕδατος ἐν ὁριζοντίᾳ θέσει τοῦ ἀῤῥώστου, Εἰς τρόπον ὥστε τὸ ὑγρὸν ἐξέρχεται ἐν ἀρχῇ ὑπ' ἀκτίνα καὶ εἶτα στάγδην. Ἀλλὰ καὶ

ἡ ἁπλῆ καὶ μόνη αὔξησις τῆς πιέσεως ἄνευ αὐξήσεως τῶν λευκοκυττάρων καὶ τῆς παρουσίας αἱμοσφαιρίνης ἀποτελεῖ κατὰ τὸν ἴδιον σταθερὸν σύμπτωμα θρομβώσεως τοῦ κόλπου ὠτογενοῦς σηψαιμίας ἢ περικολπικῶν καὶ ἐγκεφαλικῶν ἀποστημάτων.

Πλὴν ἐν τῇ ἐκτιμήσει τῆς αὐξήσεως τῆς ἐνδοκρανιακῆς πιέσεως δέον νὰ ἔχωμεν ὑπ' ὄψει, ὅτι μετὰ τὴν ἀπολίνωσιν τῆς ἔσω σφαγίτιδος φλεβὸς δύναται νὰ παρουσιασθῇ αὔξησις τῆς ἐνδοκρανιακῆς πιέσεως ἐκ κυκλοφορικῆς στάσεως *(Schlander)* ἥτις τῇ βοηθείᾳ καὶ ἄλλων συμπτωμάτων καὶ ἐγκεφαλικὸν ἀπόστημα ἀκόμη νὰ ὑποδυθῇ.

Οἱ στεῖροι θρόμβοι οἱ ἐπὶ τῶν τοιχωμάτων τοῦ κόλπου ὑφίστανται διαφόρους μεταβολάς, ἤτοι ὁτὲ μὲν ἀποῤῥοφῶνται ἀναγεννωμένου τοῦ ἐνδοθηλίου, ἄλλοτε ὀργανοποιοῦνται. Κατὰ τὰ σήμερον κρατοῦντα τὸ ἐγκεφαλονωτιαῖον ὑγρὸν ἐπὶ ἁπλῆς θρομβοφλεβίτιδος μὴ ἐπιπλεκομένης ὑπὸ μηνιγγίτιδος παρουσιάζει ἁπλῆν αὔξησιν τῆς πιέσεως ἄνευ αὐξήσεως τῶν μορφολογικῶν στοιχείων. Αἱ περιπτώσεις μετὰ αὐξήσεως τῶν λευκοκυττάρων ἀπολήγουσιν κατὰ τὸν *Fremel* κακῶς. Ὁ φυσιολογικὸς ἀριθμὸς τῶν λευκοκυττάρων κυμαίνεται μεταξὺ 7—9 κατὰ ὀπτικὸν πεδίον.

Κατὰ σειρὰν συχνότητος ἡ θρομβοφλεβῖτις ἐγκαθίσταται εἰς τὸν σιγμοειδῆ κόλπον, τὸν βολβὸν τῆς σφαγίτιδος καὶ τὸν ἄνω λιθοειδῆ, ἀπὸ τούτων δὲ ἐκτείνεται εἶτα ἡ θρόμβωσις περαιτέρω ἔτι καὶ ἐπὶ ὑγιῶν ἀγγειακῶν τοιχωμάτων εἰς τρόπον ὥστε δυνατὸν τὸ πλεῖστον τῶν κόλπων νὰ εὑρεθῇ τεθρομβωμένον, ὁ δὲ θρόμβος νὰ ἐξικνεῖται καὶ μέχρι τῆς καρδίας. Ὑπὸ τοῦ *Balance* περιγράφεται φυματίωσις τοῦ κόλπου μετὰ δευτερογενοῦς θρομβώσεως ἐπερχομένη ἐπὶ φυματιωδῶν ἀτόμων μακρὸν διάστημα (ἔτη) μετὰ τὴν ῥιζικὴν ἀνάτρησιν τῆς μαστοειδοῦς ἀποφύσεως.

ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ

Διαλείπων ὑψηλὸς πυρετὸς εἰσβάλλων μετὰ ῥίγους συνήθως, ἔντονος κεφαλαλγία ἐντοπιζομένη κατὰ τὸ ὀπίσθιον ἡμιμόριον τῆς μαστοειδοῦς ἀποφύσεως, ἀποτελοῦσι τὰ κύρια συμπτώματα τὰ ὁποῖα σπανίως ἐλλείπουσι κατὰ τὴν θρομβοκολπίτιδα. Περὶ τὰ συμπτώματα ταῦτα πληθὺς ἑτέρων προστιθεμένων συμπληροῖ τὴν εἰκόνα.

Ἡ ἐντύπωσις τὴν ὁποίαν προξενεῖ ὁ ἀῤῥώστος δὲν εἶναι πάντοτε βαρέως πάσχοντος, ὑπάρχουσι μάλιστα περιπατητικαὶ θρομβοκολπίτιδες, ἐπὶ ἡμέρας ἐλάχιστα παρουσιάζουσαι συμπτώματα.

Ἡ χροιὰ τῶν ἀῤῥώστων εἶναι ὑπικτερική, ἡ γλῶσσα ἐπίχριστος, τὸ στόμα ξηρόν, ἀπώλεια τῆς συνειδήσεως ἐλλείπει. Τοπικῶς παρουσιάζει πόνον ἰδίως τῇ πιέσει κατὰ τὸ ὀπίσθιον χεῖλος τῆς μαστοειδοῦς ἀποφύσεως, σύμπτωμα τοῦ *Griesinger—Leidler*, (κατὰ τὸ σημεῖον τῆς φλεβὸς τοῦ μαστοειδοῦς τρήματος καὶ τὴν λεπιδομαστοειδῆ ραφήν). Ὁ πόνος οὗτος συνοδεύεται ὑπὸ ἐντόνου κεφαλαλγίας ἐκ τῆς ἐξωμηνιγγικῆς φλεγμονώδους ἐπεξεργασίας καὶ τῆς περὶ ταύτην ὑπεραιμίας τῆς σκληρᾶς μήνιγγος, περιοριζομένης συνήθως κατὰ τὸ σύστοιχον ἡμιμόριον τῆς κεφαλῆς. Δυνατὸν ὅμως ἡ ἔντονος διάχυτος κεφαλαλγία καὶ ὁ τοπικὸς αὐτόματος πόνος νὰ ἐλλείπωσιν, ἀνευρισκομένου μόνον τῇ ψηλαφήσει τοῦ ἀνωτέρου ἀναφερομένου εὐαισθήτου σημείου.

Ἡ πυόῤῥοια ἀπὸ τοῦ ὠτὸς παρουσιάζει διακυμάνσεις, κατὰ τὰς ὀξείας συνήθως περιπτώσεις, αἰφνιδίως παυομένη, σύμπτωμα ἀξιόλογον, ὅπερ καὶ ἐπὶ ἄλλων ἐνδοκρανιακῶν ἐπιπλοκῶν παρατηρεῖται, προκαλουμένης τῆς ἐπισχέσεως τῆς πυοῤῥοίας ἐκ μηχανικῶν αἰτίων, καὶ οὐχὶ στειρεύσεως τοῦ πύου. Ἡ μαστοειδὴς ἀπόφυσις εἶναι οἰδημα-

τώδης ἐκ τῆς φλεγμονῆς τοῦ ὀστοῦ καὶ ἐκ μικροκυτταρικῆς διηθήσεως τοῦ περιοστέου (ὀστῖτις περιοστῖτις), παρουσιάζει δὲ τὰ τοπικὰ συμπτώματα τῆς μαστοειδίτιδος.

Ἐνίοτε παρατηρεῖται οἴδημα τοῦ προσώπου ἰδίως τῶν βλεφάρων ἐπὶ ἐπεκτάσεως τῆς θρομβώσεως πρὸς τὴν προσωπικὴν φλέβα. Ὁ πυρετὸς παρουσιάζει μορφὴν διαλείποντος ἐξικνούμενος ἐνίοτε ὑπὲρ τοὺς 40°. Εἴς τινας μορφὰς παρουσιάζοντος τοῦ ἀῤῥώστου ἡμερῶν κατὰ συνέχειαν ἀπυρεξίαν, ὁπότε πάλιν προηγηθέντος ῥίγους ἀνυψοῦται ἡ θερμοκρασία. Ὑπὸ τοῦ *Rütlin* ἀναφέρεται θρομβοκολπῖτις, ἀπολήξασα ἐγχειρητικῶς εἰς ἴασιν, καθ' ἣν ὁ πυρετὸς ἐκυμαίνετο μεταξὺ 41 καὶ 36°. Κατὰ τὸν *Milligan* ἐπιπλεκομένης τῆς ἁπλῆς μαστοειδίτιδος ἢ ἐξωμηνιγγικοῦ ἀποστήματος ὑπὸ θρομβώσεως τοῦ κόλπου, ἄρχεται ὁ πυρετὸς εὐθὺς νὰ παρουσιάζῃ διακυμάνσεις (πτῶσις τῆς θερμοκρασίας κατὰ 1 βαθμὸν εἰς διάστημα διώρου), τῆς διακυμάνσεως ταύτης τῆς θερμοκρασίας οὔσης σπανίας ἐπὶ ἁπλῆς μαστοειδίτιδος. Δι' ὃ συνιστᾶται ἐπὶ ὑπόπτων περιπτώσεων ἡ κατὰ δίωρον ἢ ὥραν λῆψις τῆς θερμοκρασίας. Τὸ ῥῖγος δυνατὸν νὰ ἐλλείπῃ ἐνίοτε μάλιστα παρέρχεται ἀπαρατήρητον ὑπὸ τοῦ ἀῤῥώστου, δι' ὃ δέον πάντοτε ἐπιμόνως νὰ ἀναζητῶμεν τοῦτο εἰς τὸ ἀναμνηστικὸν τοῦ πάσχοντος. Ἄλλοτε πάλιν φρίκια διαδέχονται τὸ ἓν τὸ ἕτερον εἰς τὸ διάστημα τοῦ εἰκοσιτετραώρου. Τῆς καταστάσεως ταύτης διαρκούσης ἐπὶ ἡμέρας ἡ ἐν ἀρχῇ ἐνίοτε παρατηρουμένη εὐφορικὴ κατάστασις τοῦ ἀῤῥώστου ἐξαφανίζεται, ἐμποιοῦντος τούτου ἐντύπωσιν βαρέως πάσχοντος, κατὰ τὸ στάδιον τοῦτο ὁ σφυγμὸς εἶναι ταχὺς καὶ μικρὸς ἀναλόγως βαίνων τῷ πυρετῷ. Ἡ ἀναπνοὴ εἶναι συχνή, ὁ ἄῤῥωστος διψᾷ καὶ τοιαύτη μὲν εἶναι ἡ εἰκὼν τῆς ἁπλῶς θρομβοφλεβίτιδος τῆς περιοριζομένης κατὰ τὸν σιγμοειδῆ κόλπον. Τῆς θρομβώσεως ἐπεκτεινομένης διὰ τοῦ βολβοῦ πρὸς τὴν ἔσω σφαγίτιδα φλέβα προστίθενται συμπτώματα ἀπὸ τοῦ τραχή-

λου. Αἱ ἐνεργητικαὶ καὶ παθητικαὶ κινήσεις τῆς κεφαλῆς παρεμποδίζονται καθιστάμεναι ἐπώδυνοι οἱ περὶ τὴν συστοιχὸν φλέβα· μῦες συσπῶνται ἀνακλαστικῶς κάμπτοντες τὴν κεφαλὴν συστοίχως, παρατηρεῖται διήθησις τῶν ἐν τῷ βάθει ἱστῶν μέσῳ δὲ τούτων ἐνίοτε ψηλαφεῖται ἡ σφαγῖτις φλὲψ δίκην σκληροῦ σχοινίου. Ἐπὶ ἰσχνῶν ἀτόμων αἱ ἐπιπολῆς φλέβες διαφαίνονται ἐξογκωμέναι, συνεπείᾳ στάσεως τῆς κυκλοφορίας τοῦ αἵματος, τοῦ συμπτώματος τούτου, καὶ μόνου ἐπὶ ἐλλείψεως ἄλλων ἀρκούντως δηλοῦντος τὴν ἐπέκτασιν τῆς φλεγμονῆς πρὸς τὸν τράχηλον:

Ἐπὶ ἐπεκτάσεως τῆς φλεγμονῆς πρὸς τὸν ἐγκάρσιον κόλπον παρατηροῦνται ἐγκεφαλικὰ συμπτώματα προερχόμενα ἐκ τῆς ἐνδοκρανιακῆς φλεγμονῆς καὶ τῆς ὑπεραιμίας ἢ ῥοῤῥόδους μηνιγγοεγκεφαλίτιδος. Τὰ συμπτώματα ἅτινα παρουσιάζει ἡ ἐπέμβασις τῆς θρομβοκολπίτιδος πρὸς τὸν σηραγγώδη κόλπον ἀνεφέραμεν ἐν ἀρχῇ.

Πλὴν ἡ διάγνωσις τῆς μονομεροῦς θρομβοκολπίτιδος τοῦ σηραγγώδους κόλπου (σπανίως ἄλλως τε ἐν τῇ ὠτολογίᾳ ἐν συγκρίσει πρὸς τὰς παθήσεις τῶν παραρρινίων κοιλοτήτων καὶ τὰ τραύματα τῆς κεφαλῆς) εἶναι ἐνίοτε δύσκολος, τοσοῦτον μᾶλλον καθόσον ὡς ἐκ περιπτώσεως τινὸς τοῦ *Popper* δυνατὸν ἡ ὀφθαλμοσκόπησις νὰ ἦναι ἀρνητική. Εἰς περιπτώσεις ὅθεν ὑποψίας θρομβώσεως τοῦ σηραγγώδους κόλπου δέον ἀφ' ἑνὸς μὲν ἡ ὀφθαλμοσκοπικὴ ἐξέτασις νὰ ἐκτελεῖται κατ' ἐπανάληψιν, ἀφ' ἑτέρου δὲ ἡ ἐξέτασις τῆς ῥινὸς νὰ συμπληροῦται καὶ διὰ τῆς ἀκτινογραφίας (μετωπιαίας καὶ καθέτου). Ἡ εὕρεσις ὀστίτιδος ἢ ὀστεομυελίτιδος τῆς κορυφῆς τοῦ λιθοειδοῦς κατὰ τὴν ἐγχείρησιν διευκολύνει κατά τι τὴν διάγνωσιν. Ἐν ἀρχῇ παρατηρεῖται κατὰ τὴν θρομβοκολπίτιδα ἐνίοτε ἔμετος βραδύτερον καταπαύει, ἐπιπλεκομένης τῆς νόσου ὑπὸ μηνιγγίτιδος ἢ ἐγκεφαλικοῦ ἀποστήματος παρατηροῦνται διαταρα-

χαὶ τῆς συνειδήσεως, διαρκὲς παραλήρημα, ναυτία, ἔμετος, ἀϋπνία, ἀνησυχία, τοῦ πάσχοντος, ἔντονος διάχυτος κεφαλαλγία, ἐπιβράδυνσις τοῦ σφυγμοῦ, θηλῖτις ἐκ στάσεως καὶ νευρῖτις τοῦ ὀπτικοῦ νεύρου, ὀπισθότονος σύμπτωμα τοῦ *Kernig* καὶ τοῦ *Babinsky* παράλυσις τῶν ὀφθαλμικῶν μυῶν ἢ τῶν ἄκρων, νυσταγμὸς καὶ θόλωσις τοῦ ἐγκεφαλονωτιαίου ὑγροῦ μετὰ μικροβίων. Ἐπὶ ἐπεκτάσεως τῆς θρομβώσεως καὶ πρὸς τοὺς λοιποὺς κόλπους τοῦ ἐγκεφάλου δύναται καὶ ἐξώφθαλμος νὰ ἐμφανισθῇ, ἐμφανιζόμενος κυρίως ἐπὶ θρομβώσεως τοῦ σηραγγώδους κόλπου. Ἐπὶ θρομβώσεως ἐξ ἐπινεμήσεως, ἐπεκτεινομένου τοῦ περικολπικοῦ ἀποστήματος πρὸς τὰ ἄνω ἐμφανίζεται σπασμὸς τῶν ἄκρων τοῦ ἀντιθέτου ἡμιμορίου *(Mischlich)*, καὶ διαταραχαὶ τῆς ὁμιλίας (παραφασία καὶ ἀφασία) δύνανται νὰ ἐμφανισθῶσιν ἐπὶ θρομβοκολπίτιδος μετὰ μεγάλου ἐξωμηνιγγικοῦ ἀποστήματος, ἐκ μόνης τῆς πιέσεως τοῦ κροταφικοῦ λοβοῦ ὑπὸ τοῦ συλλεγέντος πύου, ἄνευ ὑπάρξεως ἐγκεφαλικοῦ ἀποστήματος ἐν τούτῳ. Ἐπιπλεκομένης τῆς θρομβοκολπίτιδος ὑπὸ ἀποστήματος τοῦ κροταφικοῦ λοβοῦ ἢ τῆς παρεγγεφαλίδος, ἐμφανίζονται ἑκάστοτε τὰ σχετικὰ συμπτώματα. Διαταραχαὶ τῆς ὁμιλίας, παραφασία, ἀφασία μετὰ ἡμιανοψίας *(quandant-hemianopsie)* ἐπὶ ἀποστήματος τοῦ κροταφικοῦ λοβοῦ καὶ τῆς συμπαραμαρτούσης μηνιγγοεγγεφαλίτιδος, διαταραχαὶ τῆς ἰσορροπίας, ἴλιγγος, παρέκκλισις τῆς χειρὸς κατὰ τὴν δακτυλικὴν δοκιμασίαν, ἀρνητικὴ πειραματικὴ παρέκκλισις *(Barany)* καὶ νυσταγμὸς πρὸς τὸ πάσχον μέρος ἐπὶ παρεγγεφαλιδικοῦ ἀποστήματος (*Neüman*).

Ἐπὶ ἐπιπλοΐτης μηνιγγίτιδος ἢ ἀποστήματος, οἱ πόνοι εἶναι ἐντονώτατοι ὁ δὲ πυρετὸς διατηρεῖται πάντοτε ὑπὲρ τὸ φυσιολογικόν. Πίεσις ἐξασκουμένη ἐν τῷ σφαγιτικῷ τριγώνῳ ὑπὸ τοῦ θρόμβου, ἐξωμηνιγγικοῦ πύου κλπ. προκαλεῖ ἐκ πιέσεως τῶν νεύρων πνευμονογαστρικοῦ, πα-

ραπληρωματικοῦ, γλωσσοφαρυγγιαίου, ἀφωνίαν, βρόγχος τῆς φωνῆς, δύσπνοιαν ἐκ παραλύσεως τῶν λαρυγγικῶν μυῶν καὶ θάνατον ἐκ παραλύσεως τῆς καρδίας.

Ὑπὸ τοῦ *Beck* παρετηρήθη καὶ παράλυσις τοῦ ὑπογλωσσίου. Ἀραίωσις τῶν σφυγμῶν μέχρι 42, διαταραχαὶ τῆς καταπόσεως ἀπὸ γλωσσοφαρυγγιαίου, σπασμοὶ τοῦ στερνοκλειδομαστοειδοῦς μυός, παράλυσις τῶν μυῶν τῆς ὑπερώας. Ἐπερχομένης αὐτομάτου ἢ ἐγχειρητικῆς τάσεως ὁ πυρετὸς καταπίπτει λυτικῶς.

Κατὰ τὸν *Cambell* ἐὰν δι' οἱονδήποτε λόγον (ἐπὶ ὑπάρξεως λ. χ.) μαστοειδίτιδος ἀμφοτέρωθεν) ὑπάρχει ἀμφιβολία ἐὰν ἡ θρομβοφλεβῖτις ὑπάρχῃ δεξιὰ ἢ ἀριστερά, δέον νὰ ἔχωμεν ὑπ' ὄψει ὅτι ὁ δεξιὸς κόλπος λόγῳ τῆς ἀνατομικῆς αὐτοῦ θέσεως (κεῖται πλησιέστερον πρὸς τὸ ἄντρον) εἶναι περισσότερον ἐκτεθειμένος τοῦ ἀριστεροῦ εἰς φλεγμονὰς (2 : 3) ὅσον μακροχρονιωτέρα ἡ πάθησις τῆς μαστοειδοῦς ἀποφύσεως τόσον καὶ μεγαλείτεραι αἱ πιθανότητες τῆς ὑπὸ ταύτης μολύνσεως τοῦ κόλπου, ἐπίσης ὅσον χαμηλότερον εὑρεθῇ κατὰ τὴν ἀκτινογραφίαν ὁ κόλπος τόσον μεγαλητέρα ἡ πιθανότης τῆς μολύνσεως αὐτοῦ. Ἐπὶ τελείας ἀποφράξεως τοῦ ἑνὸς κόλπου καὶ τῆς μιᾶς σφαγίτιδος, πίεσις τῆς ἑτέρας σφαγίτιδος φλεβὸς ἐπιφέρει στάσιν εἰς τὰς φλέβας τοῦ ἀμφιβληστροειδοῦς ὅπερ δυνάμεθα διὰ τοῦ ὀφθαλμοσκοπίου νὰ διαπιστώσωμεν (*Mann*). Ἐπίσης ἐπανειλημέναι ὑποτροπαὶ τῆς μέσης χρονίας πυώδους ὠτίτιδος, συνηγοροῦσιν ὑπὲρ τῆς κατὰ τὸ οὖς τοῦτο ἐντοπίσεως τῆς θρομβώσεως.

Ἡ διάγνωσις τῆς θρομβώσεως τοῦ ἄνω λιθοειδοῦς κόλπου εἶναι δυσκολωτάτη. Ὑπὸ τοῦ *Shemeley* ἀναφέρεται τοιαύτη περίπτωσις παρουσιάσασα νευραλγίαν τοῦ συστοίχου τριδύμου, κατὰ πόσον τὸ σύμπτωμα τοῦτο εἶναι ἀσφαλὲς δὲν δυνάμεθα νὰ διαβεβαιώσωμεν. Θεωρητικὴ ὑπόστασις οὐχ ἧττον ὑφίσταται.

Ἰδιαίτερα συμπτώματα παρουσιάζουσιν ἡ θρόμβωσις τῶν ***κονδυλοειδῶν φλεβίων***. Τούτων τὸ μὲν πρόσθιον ἐκφύεται ἐκ τοῦ σιγμοειδοῦς κόλπου καὶ φέρεται πρὸς τὸ ἔσω σπονδυλικὸν πλέγμα καὶ τὰ περὶ τὸ ἰνιακὸν τρῆμα φλέβια ἐντὸς τοῦ κρανίου διερχόμενον διὰ τοῦ κονδυλοειδοῦς πόρου, τὸ δὲ ὀπίσθιον ἐκφύεται ἀπὸ τοῦ βολβοῦ τῆς σφαγίτιδος φλεβὸς καὶ συνδέει τοῦτον μετὰ τοῦ φλεβώδους πλέγματος τοῦ εὑρισκομένου μεταξὺ ἔξω ἐπιφανείας τῶν ἀνωτέρω αὐχενικῶν σπονδύλων (ἔξω σπονδυλικαὶ φλέβες) καὶ τοῦ ἐν τῷ βάθει μυϊκοῦ στρώματος. Ἐπὶ θρομβώσεως τούτων σχηματίζεται ἀπόστημα τοῦ ὀπισθίου ἄνω τμήματος τοῦ αὐχένος. Ἐπὶ θρομβοφλεβίτιδος τοῦ πρώτου διαπύησις τῆς συστοίχου ἰνιοεπιστροφικῆς διαρθρώσεως. Κατὰ τὰς περιπτώσεις ταύτας ἡ κεφαλαλγία ἐντοπίζεται κατὰ τὴν βάσιν τοῦ κρανίου, ἡ κεφαλὴ τηρεῖται ἀκίνητος ἐκ συσπάσεως τῶν αὐχενικῶν μυῶν, αἱ ἐνεργητικαὶ κινήσεις εἶναι ἀδύνατον νὰ γίνωσι, αἱ δὲ παθητικαὶ εἶναι ἐπώδυνοι, ἐμφανίζεται τὸ σύμπτωμα τοῦ *Kernig*. Ἐπίσης ἐνίοτε ***ἀνισοκορία***, θηλῖτις ἐκ στάσεως, σύσπασις τῶν μυῶν τῆς κάτω σιαγόνος (*Groos*). Ἡ μηνιγγῖτις ἀποκλείεται διὰ τῆς ἐξετάσεως τοῦ ἐγκεφαλονωτιαίου ὑγροῦ.

Ἡ πρόγνωσις τῆς θρομβοφλεβίτιδος τοῦ ὀπισθίου φλεβίου εἶναι καλλιτέρα διότι τὸ ἀπόστημα ἀνευρίσκεται καὶ διασωληνοῦται εὐκόλως κείμενον ὑπὸ τοὺς αὐχενικοὺς μῦς. Ἡ θρόμβωσις τῶν προσθίων φλεβίων εἶναι κακή.

Ὡς διαγνωστικὸν σύμπτωμα παρουσίας περικολπικοῦ ἀποστήματος ἢ θρομβοκολπίτιδος συνιστᾶται ὑπὸ τοῦ *Zange* ἡ ἐκτέλεσις τῆς ἀντιδράσεως ***ἀλδεΰδης*** κατὰ *Erlich* εἰς τὰ οὖρα, τῆς διαπιστούσης τὴν παρουσίαν οὐροχολινογόνου (*urobilinogen*), δέκα κυβ. ἑκ. οὔρων μίγνυνται μετὰ 1 κ. ἑκ. ἀντιδραστηρίου (1 γραμ. *p*. διμεθυλαμίδοβεν-ζαλδεΰδης ἀραιοῦται εἰς 30 γραμ. ὑδροχλορικοῦ ὀξέως καὶ μίγνυται μετὰ 25 γραμ. ὕδατος) καὶ ἀναταράσσονται.

Ἐμφανιζομένης ἐρυθρᾶς χροιᾶς ἡ ἀντίδρασις εἶναι θετική. Ἡ ἀντίδρασις αὕτη κατὰ τὸν *Zange* ἐπὶ 7 περιπτώσεων θρομβοκολπίτιδος ἦτο εἰς 6 θετική Ἐπὶ 4 δὲ περικολπικῶν ἀποστημάτων 2 φορὰς θετική. Ἐπὶ μὴ ἐπιπεπλεγμένων ὀξειῶν καὶ χρονίων μέσων ὠτιτίδων πρὸ τῆς ἐγχειρήσεως ἀρνητική.

ΕΠΙΠΛΟΚΑΙ ΤΗΣ ΘΡΟΜΒΟΚΟΛΠΙΤΙΔΟΣ

Οἱ παθογόνοι τῆς θρομβοκολπίτιδος μικροοργανισμοί, ἀπὸ τῆς ἀρχικῆς αὐτῶν ἑστίας εἰσερχόμενοι ἐν τῇ κυκλοφορίᾳ τοῦ αἵματος προκαλοῦσι νέα βαρέα γενικὰ συμπτώματα. Πλὴν τούτων οἱ μικροοργανισμοὶ ἢ μεμολυσμένα ἢ μὴ τεμάχια τοῦ θρόμβου ἀποσπώμενα τούτου καὶ παρασυρόμενα ὑπὸ τῆς ῥοῆς τοῦ αἵματος, προκαλοῦσι μεταστάσεις, εἰς διάφορα μέρη τοῦ σώματος ὡς παρακατιόντες ἀναφέρομεν.

Ἡ ὑπὸ τοῦ *Gussebauer* εἰσαχθεῖσα διαίρεσις τῶν δηλητηριάσεων τοῦ αἵματος ὑπὸ μικροβίων εἰς σηψαιμίαν *(sepsis)* καὶ πυαιμίαν *(pyämie)* διὰ τὴν μετὰ μεταστάσεων σηψαιμίαν, ἀνταποκρίνεται μὲν πρὸς τὴν γενικὴν κλινικὴν εἰκόνα, δὲν ἀποτελεῖ ὅμως κυριολεξίαν κατὰ τὰς νεωτέρας γνώσεις τῆς ἐπιστήμης. Ἀλλὰ καὶ ὑπό τινων ἄλλων παραδεκτὴ διαίρεσις *(Askanazy)* εἰς βακτηριαιμίαν καὶ τοξιναιμίαν δὲν ἀνταποκρίνεται τελείως πρὸς τὰ γεγονότα δεδομένου ὅτι ἀφ' ἑνὸς κατὰ τὴν βακτηριαιμίαν συνυπάρχει καὶ τοξιναιμία, ἀφ' ἑτέρου ἡ βακτηριαιμία εἶναι γενικὸς ὅρος μὴ ἀποδίδων τὴν βαρεῖαν κλινικὴν εἰκόνα, τῶν ὠτογενῶν μολύνσεων.

Ἐπὶ πλέον δέον νὰ ἀναλογισθῇ τις, ὅτι ἡ πρώτη ἀπαρχὴ τῆς εἰσόδου τῶν παθογόνων τῆς ὠτικῆς μολύνσεως μικροοργανισμῶν ἐν τῷ αἵματι, δὲν δύναται μετὰ ἀπολύτου ἀκρι-

βείας νὰ καθορισθῇ, ἀλλ' οὔτε καὶ εἶναι ἀπολύτως ἐξηκριβωμένον, παρὰ τὰς ἐρεύνας τοῦ *Weinberg*, ἐὰν καὶ κατὰ τὴν ὀξεῖαν ἢ χρονίαν μέσην πυώδη ὠτίτιδα, ἢ τὰς ἐκ ταύτης ἐπιπλοκὰς συμπαρομαρτεῖ ἐνίοτε συμπτωματικὴ βακτηριαιμία, δεδομένου ὅτι ἡ ἀνεύρεσις τῶν μικροβίων δὲν εἶναι πάντοτε δυνατὴ διὰ λόγους οὓς κατωτέρω θέλομεν ἀναπτύξει.

Δέον ἄλλως νὰ ἔχωμεν ὑπ' ὄψει ὅτι ἡ μόλυνσις δὲν ἐξαρτᾶται μόνον ἐκ τῆς παρουσίας καὶ τῆς μολυσματικότητος τῶν μικροβίων ἀλλὰ καὶ ἐκ τῆς ἀντιστάσεως τοῦ ὀργανισμοῦ. Διὰ τοὺς λόγους τούτους προυτιμήσαμεν ἀντὶ τοῦ ὅρου σηψαιμία νὰ θέσωμεν «σηπτικὴ ὠτογενὴς μικροβιαιμία» πρὸς διάκρισιν ἀπὸ τῆς συμπτωματικῆς τοιαύτης ἢ τῆς προκαλούσης εἰδικὰς νόσους (ἑλονοσία, ὑπόστροφος, τύφος), καὶ ἀντὶ τῆς «πυαιμίας» τὴν «μεταστατικὴν σηπτικὴν ὠτογενῆ μικροβιαιμίαν» φρονοῦντες ὅτι διὰ τῶν ὅρων τούτων τοὐλάχιστον εἰς τὰς ὠτογενῆς μολύνσεις, τόσον τὸν κλινικὸν ὅσον καὶ τὸν μικροβιακὸν χαρακτῆρα τῆς νόσου συμπεριλαμβάνομεν. Κατὰ ταύτην οἱ μικροοργανισμοὶ εἰσέρχονται συχνάκις ἐν τῷ αἵματι, παραμένουσιν ἐπὶ μακρόν, δρῶντες λίαν τοξικῶς. Περὶ τῶν πολλαπλασιασμῶν αὐτῶν ἐν τῷ αἵματι ὑπάρχουσι διαφωνίαι. Εὐνόητον ὅτι τοξιναιμία συνυπάρχει κατ' ἀμφοτέρας τὰς περιπτώσεις, ἀλλὰ τὸν ὅρον «τοξιναιμία ἁπλῆ» ἐπιφυλάττομεν διὰ τὰς κλινικὰς τοὐλάχιστον περιγεγραμμένας ἑστίας, καθ' ἃς αἱ ἐνδοτοξῖναι, πυρετοξῖναι κλπ. τῶν μικροβίων καὶ τὰ τοξικὰ προϊόντα τῆς φλεγμονώδους ἐπεξεργασίας, περὶ οἱασδήποτε μορφῆς πρόκειται, διὰ τῆς κυκλοφορίας αὐτῶν ἐν τῷ αἵματι προκαλοῦσι τὰ διάφορα γενικὰ συμπτώματα. Δέον ὅμως πάντοτε νὰ ἔχωμεν πρὸ ὀφθαλμῶν, ὅτι ἡ μὴ ἀνεύρεσις μικροβίων ἐν τῷ αἵματι δὲν σημαίνει ὅτι ταῦτα ἐλλείπουσι.

Κύριον γνώρισμα τῆς σηπτικῆς μικροβιαιμίας εἶναι ἡ

γενικὴ μόλυνσις τοῦ ὀργανισμοῦ καὶ ἡ ἔλλειψις ὡρισμένων χαρακτηριστικῶν ἀλλοιώσεων (ὡς λ. χ. κατὰ τὸν τύφον αἱ Παϊέριοι πλάκες),

Οὕτω μετὰ τοῦ *Leschke* ὀνομάζομεν «σηπτικὴν μικροβιαιμίαν», τὴν γενικὴν μόλυνσιν ὁλοκλήρου τοῦ ὀργανισμοῦ, ἄνευ εἰδικῶν ἀλλοιώσεων ὡρισμένων ὀργάνων, ὀφειλομένων εἰς τὴν ἀπὸ πρωτογενοῦς φλεγμονώδους ἑστίας διαρκῆ, ἢ κατὰ περιόδους συχνὴν εἴσοδον παθογόνων μικροοργανισμῶν ἢ τῶν δηλητηρίων τούτων ἐν τῷ αἵματι καὶ μακρὰς παραμονὰς ἐν αὐτῷ, ἐξ' ἧς προκαλοῦνται βαρέα γενικὰ συμπτώματα ἐπισκιάζοντα τὰ ἀπὸ τῆς φλεγμονώδους ἑστίας τοπικὰ τοιαῦτα.

Καίτοι ἡ πρόκλησις σηπτικῆς ὠτογενοῦς μικροβιαιμίας ἄνευ θρομβοκολπίτιδος εἶνε τὴν σήμερον γενικῶς παραδεκτὴ (*Alexander*, *Beck*, *Briegen*, *Kobrak* *Kümmel*, *Neumann*, *Rüttin*, *Uffenrede*, *Urbantschitsch*), ὡς παρακατιόντες θέλομεν διαλάβει. Οὐχ' ἧττον τὸ πλεῖστον τῶν ὠτογενῶν σηπτικῶν μικροβιαιμιῶν καὶ τῶν ἐκ τούτων θανάτων ὀφείλεται εἰς τὴν θρομβοκολπίτιδα.

Οἱ παθογόνοι μικροοργανισμοὶ οἱ προκαλοῦντες τὴν ὠτογενῆ σηπτικὴν μικροβιαιμίαν εἶναι οἱ αὐτοὶ τῆς μέσης πυώδους ὠτίτιδος. Ὡς καὶ κατὰ τὰς ἄλλας μορφὰς τῆς σηπτικῆς μικροβιαιμίας ὑπερισχύουσι καὶ ἐνταῦθα οἱ στρεπτόκοκκοι, οὕτω κατὰ τὸν *Leschke* ἐκ τῶν παρατηρήσεων τοῦ *Libmann* καὶ *Celler* εὑρίσκομεν :

	ἐπὶ ὠτιτίδων	ἐπὶ θρομβοκολπιτίδων
Τὸν αἱμολυτικὸν στρεπτόκοκκον	81,46 %	88 %
Τὸν Στρεπτο(πνευμό)κοκκον τὸν βλενώδη	10, 3 %	9 %
Πνευμονόκοκκον	8, 2 %	—
Πρωτέα	0,02 %	3 %
Τοῦ κυανοῦ πύου	0,02 %	—

Εἰς τὰ αὐτὰ περίπου συμπεράσματα καταλήγει καὶ ὁ *Alexander*.

Ἐν γένει δὲ ἔχουσι περιγραφῆ μέχρι σήμερον ὡς προκαλοῦντες τὴν σηπτικὴν μικροβιαιμίαν:

1) Ὁ Στρεπτόκοκκος ὁ πυογόνος **αἱμολοτικὸς** (9/10 τῶν περιπτώσεων).

2) Ὁ Στρεπτόκοκκος ὁ ἀναερόβιος (*pütridus*), (*Schottmüller*).

3) Ὁ Σταφυλόκοκκος.

4) Τετράδυμος κόκκος (*Calderara Pinkoroli*).

5) Πνευμονόκοκκος.

6) Βακτηρίδιον τοῦ *Friedländer* (*Urbantschitsch*, *Brunner*).

7) Εἴδη τοῦ πρωτέως (*Kobrak e.t.c.*).

8) Τὸ τοῦ κυανοῦ πύου (*Voss*, *Uffenorde e.t.c.*).

9) Ἀτρακτοειδῆ βακτηρίδια *Maresch*.

10) Τὸ τῆς γρίππης (*Clarke*).

11) Τὸ ψευδοδιφθεριτικὸν (*Schottmüller*).

12) Ἀναερόβια, τὸ βουτηρικόν, *bact perfringens*, *Caccil*, *Welsch*, *Fränkel*, κτλ.

Ὁ *Germain* ἐπὶ 43 περιπτώσεων σηπτικῆς ὠτογενοῦς μικροβιαιμίας ἔσχε τρεῖς φορὰς τὴν καλλιέργειαν θετικὴν εὑρὼν στρεπτοκόκκους 10, Πνευμονοκόκκους 5, Σταφυλοκόκκους 6, Πρωτέα τὸν κοινὸν 1, καὶ Στρεπτόκοκκον καὶ Πνευμονόκοκκον 1. Καταλήγει δὲ εἰς τὸ συμπέρασμα ὅτι ἐπὶ τῶν ἰδίων τοὐλάχιστον περιπτώσεων ὠτογενοῦς σηπτικῆς μικροβιαιμίας ἀνευρίσκεται ὁ σταφυλόκοκκος πολὺ συχνότερον ἢ εἰς τὰς γενικὰς χειρουργικὰς σηπτικὰς μικροβιαιμίας. Χωρὶς νὰ ἀποδώσωμεν ἰδιαιτέραν σημασίαν ἐπὶ τοῦ γεγονότος τούτου σημειοῦμεν μόνον ὅτι ἡ μικροβιακὴ χλωρὶς τοῦ ὠτὸς καὶ τῶν διαφόρων κηλοτήτων διαφόρων χωρῶν καὶ κατὰ διαφόρους ὥρας τοῦ ἔτους ὁπωσδήποτε ὑφίσταται δι' ἀγνώστους λόγους διακυμάνσεις τινὰς λόγῳ καὶ

τῶν συμπιπτουσῶν ἐπιδημιῶν, ὅπερ πάντοτε δέον νὰ λαμβάνητε ὑπ' ὄψει, ὁσάκις ἐκ μικροβιολογικῶν στατιστικῶν ἐπιχειρεῖ τις νὰ ἐξαγάγῃ συμπεράσματα καὶ γενικοὺς κανόνας.

Ἡ θνησιμότης τῆς σηπτικῆς μικροβιαιμίας εἶναι μεγάλη. Οὕτω κατὰ τὸν *Leschke* τὸ ἥμισυ μέχρι 2/3 τῶν παθόντων σηπτικὴν μικροβιαιμίαν ἀποθνήσκει. Αἱ παθολογοανατομικαὶ ἀλλοιώσεις τῆς σηπτικῆς μικροβιαιμίας δὲν εἶναι χαρακτηριστικαί. Κατὰ ταύτην ἀνευρίσκομεν διασπάρτους μικρὰς πετεχείας εἰς τὰ διάφορα ὄργανα τὸ δέρμα καὶ τὰς βλεννογόνους, ὑπεζωκότα, κύστιν, περικάρδιον, ἀμφιβληστροειδῆ κτλ. Ἡ καρδιὰ ὑφίσταται ***θολερὰν*** ἐξοίδησιν καὶ λιπώδη ἐκφύλισιν. Ὁ σπλὴν ἐξοιδαίνεται καὶ τὰ κύτταρα αὐτοῦ ἐκφυλίζονται. Ὁ μυελὸς τῶν ὀστῶν παρουσιάζει αἱμορραγίας καὶ αὔξησιν τῆς αἱμοποιητικῆς αὐτοῦ λειτουργίας μετὰ παρουσίας ἀώρων μορφῶν (μυελοπλάστας καὶ μυελοκύτταρα. (Φωτάκης). Οἱ πνεύμονες, οἴδημα καὶ βρογχοπνευμονικὰς ἑστίας. Τὸ ἦπαρ θολερὰν ἐξοίδωσιν καὶ λιπώδη ἐκφύλισιν. Οἱ νεφροί, νέφρωσιν (*nefrose*) καὶ ἐκφύλισιν τῶν μαλπιγγειανῶν σωμάτων *glomerulonephrite*). Τὰς ἀλλοιώσεις τῆς μετάστατικῆς μικροβιαιμίας ἀναφέρομεν κατωτέρω.

Ἡ ἐπώασις καὶ τὰ προδρομικὰ συμπτώματα τῆς ὠτογενοῦς σηπτικῆς μικροβιαιμίας καλύπτονται ὑπὸ τῆς λοιπῆς κλινικῆς εἰκόνος, ὁ πυρετὸς παραμένει ὑψηλὸς, φρίκια ἐμφανίζοντα, χωρὶς νὰ ἀνευρίσκεται εἰδικὸν πυρετικὸν διάγραμμα διὰ τοὺς διαφόρους μικροοργανισμούς.

Εἰς τὸ τελευταῖον στάδιον ὡς καὶ ἐπὶ ἐξησθενημένων ἀτόμων, ἐπὶ κεραυνοβόλων μορφῶν ἕνεκα ἐξαντλήσεως τοῦ ὀργανισμοῦ καὶ παραλύσεως τοῦ κέντρου τῆς θερμότητος, καταπίπτει ἡ θερμοκρασία καὶ ὑπὸ τὸ φυσιολογικὸν *(schock Temperatur-Kallops)*, ἐνῷ ὁ σφυγμὸς καθίσταται συχνὸς πολλάκις ἀναρίθμητος, εἰς τρόπον ὥστε τὰ δύο διαγράμ-

ματα, τοῦ σφυγμοῦ καὶ τῆς θερμοκρασίας διασταυροῦνται (*Tollen Kreûtz* σταυρὸς τοῦ Θανάτου).

Ἡ ἀνταλλαγὴ τῆς ὕλης εἶναι ηὐξημένη, ἡ ἀποβολὴ ὕδατος διὰ τῶν οὔρων εἶναι ἠλαττωμένη, τοὐναντίον διὰ τοῦ δέρματος καὶ τῶν πνευμόνων ηὐξημένη.

Αἱ σφύξεις εἶναι ηὐξημέναι τὸν ἀριθμὸν 120—140 καὶ πλέον. Εἰς βαρείας μορφὰς ὁ σφυγμὸς εἶναι δίκροτος καὶ ἄρυθμος. Ἡ ἀρτηριακὴ πίεσις εἶναι ἠλαττωμμένη ἐκ κεντρικῆς παρέσεως τῶν ἀγγειοσυσπαστικῶν νεύρων καὶ τοξικῶς ἀλλοιώσεως τῆς καρδίας (μυοκαρδίτιδος) καὶ τῶν ἐπινεφριδίων.

Φυσήματα καρδιακὰ ἐμφανίζονται μετὰ καὶ ἄνευ σηπτικῆς ἐνδοκαρδίτιδος, ἡ πυκνότης τοῦ αἵματος λόγῳ τῆς αὐξήσεως τοῦ ὕδατος καὶ ἐλαττώσεως τῶν λευκωμάτων εἶναι ἠλαττωμένη (*Gerawitz, Saint-Girons*).

Ἡ ἰνικὴ (ἰνώδης) τοῦ αἵματος κυρίως κατὰ τὴν μόλυνσιν διὰ τοῦ στρεπτοκόκκου καὶ σταφυλοκόκκου εἶναι ἠλαττωμένη, δι' ὃ καὶ ὁ χρόνος πήξεως τοῦ αἵματος ηὐξημένος (*Sie* καὶ *White*). Ἐπὶ πνευμονοκόκκου ἐλαττοῦται ὁ χρόνος πήξεως (*Addi*). Τὸ ποσὸν τῶν ἐρυθρῶν αἱμοσφαιρίων καὶ τῆς αἱμοσφαιρίνης εἶναι ἠλαττωμένον (δευτεροπαθὴς ἀναιμία) μετὰ ἀνισο καὶ ποικιλοκυττώσεως. Ὁ μυελὸς τῶν ὀστῶν καὶ τὸ αἷμα προσομοιάζουσι πρὸς τὴν εἰκόνα τῆς κακοήθους ἀναιμίας. Σπανίως παρατηρεῖται καὶ αἱμοσφαιριναιμία κατὰ τὴν σηπτικὴν μικροβιαιμίαν ὑπὸ στρεπτοκόκκου καὶ ἀερογόνων μικροβίων (*Leschke*). Τὰ λευκὰ αἱμοσφαίρια εἶναι ὀλίγον ηὐξημένα, ἰδίως κατὰ τὴν μεταστατικὴν μορφὴν ὁπότε καὶ ἄωραι μορφαὶ κυκλοφοροῦσι. Ὑπὸ τοῦ *Arneth* περιεγράφη μετακίνησις τῆς εἰκόνος τοῦ αἵματος πρὸς τὰ ἀριστερὰ (*Verschiebung des Blutbeldes*) δηλ. τὰ μονοπύρηνα ὑπερτεροῦσι τῶν πολυπυρήνων.

Τὰ αἱμοπετάλλια τοῦ *Bizozzero* εἶνε ηὐξημένα. Ἡ χολοστερίνη ἐν τῷ αἵματι βαίνει παραλλήλως πρὸς τὸ πυ-

ρετικὸν διάγραμμα (*Leschke*). Ἐν τῷ λάρυγγι ἀνευρίσκονται συχναὶ φλεγμοναὶ καὶ νεκρώσεις φέρουσαι ἐνίοτε στένωσιν.

Ἡ ἀναπνοὴ εἶναι συχνὴ 40—60 ἀναλόγως τῆς θερμοκρασίας καὶ ἐπιπολῆς, δι' ὃ ἐκ στάσεως τοῦ ἐκκρίματος, ἐμφανίζονται βρογχοπνευμονικαὶ ἑστίαι (*Leschke*). Ἕρπης τῶν χειλέων ἐμφανίζεται, ἡ γλῶσσα εἶναι ξηρὰ καὶ ἐπίχριστος, ἡ ὄρεξις εἶναι ἠλαττωμένη. Ὁ στόμαχος εἶναι ὑποχολικός, αἱ κενώσεις δύσοσμοι, δυσκοιλιότης, μετεωρισμός, ἐμφανίζεται, ἐνίοτε ὅμως ἐμφανίζονται διαῤῥοϊκαὶ κενώσεις.

Τὰ οὖρα εἶναι πυκνά, τὸ εἰδικὸν βάρος ηὐξημένον: λεύκωμα, κύλινδροι, αἷμα, ἀνευρίσκεται. Ἀπὸ τοῦ νευρικοῦ συστήματος ἐμφανίζεται κεφαλαλγία, διαταραχαὶ τῆς συνειδήσεως, κῶμα, παραλήρημα καὶ σπασμοί. Ἡ πύεσις τοῦ ἐγκεφαλονωτιαίου ὑγροῦ ὡς προσελέχθη ηὐξημένη. Ἑστίαι ἐγκεφαλίτιδος καὶ μολύνσεως τοῦ ἐγκεφάλου ἀνευρίσκονται τὸ ὅτι πυώδης μηνιγγῖτις οὐχὶ κατ' ἐπινέμησιν, ἀλλὰ κατὰ μετάστασιν δύναται νὰ ἐμφανισθῇ, ἀποδεικνύει τὸ γεγονὸς ἐμφανίσεως πυώδους μηνιγγίτιδος ἐπὶ σηπτικῆς μικροβιαιμίας ἐξ ἄλλων ἑστιῶν (λ. χ. ἀπὸ τῆς μήτρας) προερχομένης. Νευρίτιδες διάφοροι ἐμφανίζονται. Ἀπὸ τῶν ὀφθαλμῶν ἐμφανίζονται ἀλλοιώσεις λ. χ. αἱμορῥαγίαι τοῦ ἀμφιβληστροειδοῦς (1/3 τῶν περιπτώσεων).

Νευρῖτις τοῦ ὀπτικοῦ νεύρου, ὀφειλομένη πιθανῶς εἰς τὰς κυκλοφορούσας τοξίνας ἀναφέρεται ὑπὸ τοῦ (*Johmann* καὶ *E. Urbantschitsch*), καὶ ἀπόστημα ἐν τῷ ὀπτικῷ νεύρῳ (*Axenfeld*).

Ὑπὸ τοῦ *Phlebs, Withmaak, Frey* καὶ ἄλλων ἀναφέρονται περιστατικὰ κωφώσεως συνεπείᾳ σηπτικῆς μικροβιαιμίας (οὐχὶ ὠτογενοῦς). Ὑπὸ τοῦ *E. Urbantschitsch* ἀναφέρεται μία πλὴν οὐχὶ βεβαία περίπτωσις νευρίτιδος τοῦ ἀκουστικοῦ κατὰ σηπτικὴν μικροβιαιμίαν ἐκληφθεῖσα ὡς πυώδης λαβυρινθῖτις καὶ ὡς τοιαύτη ἐγχειρησθεῖσα. (Τὸ

τοιοῦτον δέον νὰ ἔχωμεν πάντοτε ὑπ' ὄψει κατὰ τὰς ἐνδείξεις τῆς ἐγχειρήσεως τοῦ λαβυρίνθου). Ὡς βοηθητικὸν γνώρισμα ὑπάρχει κατὰ τὸν *Ruttin* ὁ νυσταγμὸς ὅστις ἐπὶ ὀπισθολαβυρινθικῆς νευρίτιδος εἶναι ἁπλῶς ὁριζόντιος, ἐν ᾧ ἐπὶ λαβυρινθίτιδος κυκλικός.

Ἡ Κώφωσις κατὰ περιπτώσεις τοῦ *Flebs*, ἐνεφανίσθη μετὰ τὴν περίοδον τῶν σηπτικῶν φαινομένων ἤρξατο δὲ δι' ἐμβοῶν. Ὑπὸ τῶν *Bechmann*, *Bondy* καὶ ἄλλων ἀναφέρονται σπάνιαι τινὲς μεταστατικαὶ ὀφθαλμίαι, ἐπὶ θρομβοκολπίτιδος ὠτογενοῦς καὶ σηπτικῆς μικροβιαιμίας. Ἡ ἀπώλεια τῆς ὁράσεως εἶναι ὁ κανών.

ΜΟΡΦΑΙ ΤΗΣ ΣΗΠΤΙΚΗΣ ΜΙΚΡΟΒΙΑΙΜΙΑΣ

Καίτοι ἡ σηπτικὴ μικροβιαιμία διατρέχει μᾶλλον ἢ ἧττον ὁμοιομόρφως, οὐχ' ἧττον ἐμφανίζονται μικραὶ ποικιλίαι ἀναλόγως τοῦ παθογόνου παράγοντος, δι' ὃ καὶ διὰ βραχέων σημειοῦμεν τινάς.

Ὡς καὶ ἀνωτέρω ἐλέχθη τὸ πλεῖστον τῶν ὠτογενῶν σηπτικῶν μικροβιαιμιῶν ὀφείλεται εἰς τὸν στρεπτόκοκκον. Ὁ πυρετὸς κατὰ τὴν διὰ **στρεπτοκόκκου** σηπτικὴν μικροβιαιμίαν παρουσιάζει συχνάκις διαλείπουσαν μορφήν. Αἱ μεταστάσεις εἶναι σπάνιοι, (1]4 τῶν περιπτώσεων) ἀπέναντι τῆς συχνότητος, κατὰ τὴν σταφυλοκοκκικὴν μικροβιαιμίαν παρουσιαζομένων τοὐναντίον παροδικῶν ἐρυθημάτων (9]10 τῶν περιπτώσεων) προσβάλλει κυρίως τὰς ἀρθρώσεις.

Κατὰ τὸν *Leschke* ἐν τῇ στρεπτοκοκκικῇ ὠτογενεῖ σηπτικῇ μικροβιαιμίᾳ προηγεῖται συνήθως θρομβοκολπῖτις τῆς μολύνσεως ὀφειλομένης εἰς ταύτην. Ἡ διαδρομὴ τῆς στρεπτοκοκκικῆς σηπτικῆς μικροβιαιμίας εἶναι συνήθως βραχεῖα πλὴν παρατηροῦνται καὶ ἐξαιρέσεις. Στρεπτόκοκκοι ὑπάρχουσι ἀερόβιοι καὶ ἀναιρόβιοι. Ἰδιαιτέραν σημασίαν

ἐν τῇ ὠτολογίᾳ ἔλαβον ἐσχάτως ὁ στρεπτόκοκκος ὁ βλενώδης *(Streptococcus mucosus)*, διὰ τῶν παρατηρήσεων τοῦ *Beck*, *Mayer*, *Neumann*, *Rullin Wilmaack* κτλ.

Τὴν διὰ σταφυλοκόκκου σηπτικὴν μικροβιαιμίαν χαρακτηρίζει, ὡς προελέχθη ἐμφάνισις μεταστατικῶν ἀποστημάτων καὶ δοθιήνων τοῦ ὑποδορίου στρώματος, ἡ πρόγνωσις κατὰ τὸν *Schwarz* καὶ *Sopers*, εἶναι κακή. Ὁ πυρετὸς εἶναι μᾶλλον συνεχής. Μεταστατικὰ ἐγκεφαλικὰ ἀποστήματα καὶ μηνιγγῖτις ἀπαντῶσι. Κατὰ τὸν *German* συχνάκις κατὰ τὴν σταφυλοκοκκικὴν σηπτικὴν ὠτογενῆ μικροβιαιμίαν ἐλλείπουσι τὸ ῥῖγος καὶ τὰ φρίκια, ὅπερ ἐνίοτε καὶ κατὰ τὴν διὰ στρεπτοκόκκου καὶ πνευμονοκόκκου μόλυνσιν συμβαίνει. Ἐπίσης κατὰ τὸν ἴδιον, ὁ πυρετὸς κατὰ τὴν διὰ σταφυλοκόκκου μόλυνσιν παρουσιάζει κατὰ τοῦτο ποικιλίαν, ὅτι ἀφ' ἑνὸς μὲν δὲν ἐξικνεῖται εἰς τὸ ὕψος τοῦ ἐπὶ στρεπτοκοκκικῆς καὶ πνευμονοκοκκικῆς μολύνσεως, κυμαινόμενος μεταξύ 37,5 —39° συνήθως, ἀφ' ἑτέρου δὲ ἐνίοτε τὸ ὕψιστον θερμοκρασίας δὲν εἶναι τὸ ἀπόγευμα, ἀλλὰ κατὰ τὰς μεσημβρινὰς ὥρας, σπανιώτερον μάλιστα καὶ τὴν πρωΐαν. Ἐπίσης χαρακτηριστικὸν κατὰ τὸν *Alexander* καὶ *germann* τῆς σταφυλοκοκκικῆς μολύνσεως εἶναι ἡ μακρὰ διάρκεια καὶ αἱ ὑποτροπαί, ὀφειλόμενα πιθανῶς εἰς τὸν μεταστατικὸν χαρακτῆρα τῆς σταφυλοκοκκικῆς μολύνσεως. Ἡ δὲ ἀνεύρεσις τοῦ σταφυλοκόκκου ἐν τῷ αἵματι εἶναι ἐνίοτε δυνατὴ καὶ εἰς τὰς ἐποχὰς τῆς ἀπυρεξίας.

Ὁ *German* ἐν ἀντιθέσει πρὸς τὸν *Lenharz* καὶ *Canon*, δὲν ἀνεῦρε τόσον συχνὰ τὰς μεταστάσεις ἐπὶ τῆς σταφυλοκοκκικῆς ὠτογενοῦς μολύνσεως.

Κατὰ τὸν *Buzello* οἱ πνευμονόκοκκοι προκαλοῦσιν ἄνευ ἐξαιρέσεως ἴκτερον, τὰ δὲ ἀναερόβια μικρόβια ὑπικτερικὴν χροιὰν (αἱματογενὴς ἴκτερος). Αἱ ὑφέσεις τῆς θερμοκρασίας ἀποτελοῦσι κατὰ τὸν *Buzello* σημεῖον παρέσεως τοῦ κέντρου τῆς θερμότητος. Κατὰ τὴν σηπτικὴν μικρο-

βιαιμίαν μετὰ μεταστάσεων ἐμφανίζονται μεταστατικὰ ἀποστήματα μετὰ νέου ῥίγους καὶ ὑψηλοῦ πυρετοῦ. Τὰ μεταστατικὰ ἀποστήματα ἐξ ἀπωσπάσεως τεμαχίων θρόμβου καὶ ἐμβολῆς παρουσιάζονται εἰς τὸν πνεύμονα ἢ ἀλλαχοῦ, τὰ κρανιακὰ ὀστᾶ τὰς ῥινικὰς καὶ ὀφθαλμικὰς κοιλότητας. Τὰ τοῦ πνεύμονος συχνότατα, (κατὰ *Körner* ἐπὶ 21 περιπτώσεων αἱ 14) ἐμφανίζονται εἰς τὸν ἕνα πνεύμονα ἢ καὶ ἀμφοτέρους μετὰ βρογχίτιδος τῶν λεπτῶν βρόγχων. Τοῦ πνευμονικοῦ ἀποστήματος διαῤῥηγνυομένου ἐπέρχεται πυώδης πλευρῖτις. Ἐὰν ἡ πυαιμία ἐπὶ μακρὸν παρατείνηται, ἀναπτύσσεται περικαρδῖτις καὶ ἐνδοκαρδῖτις. Καὶ εἰς τοὺς νεφροὺς ἐμφανίζονται μεταστατικὰ ἀποστήματα, καὶ ἐν τῷ ἥπατι, σπληνί, κύστει, περιτονέῳ, εἰς τοὺς μῦς καὶ ἰδία τοῦ ὤμου τοῦ γλουτοῦ, τοῦ δελτοειδοῦς, τὰ ὀστᾶ καθὼς τοῦ μηριαίου, τὴν κλεῖδα, τὰς ἀρθρώσεις γόνατος, καρποῦ χειρός, τοῦ κατ' ἰσχύον ἄρθρου κτλ. Τὰ μεταστατικὰ ἀποστήματα ἐμφανίζονται συνήθως μετὰ τὴν ἐπιτέλεσιν τῆς θρομβώσεως δι' ἀποσπάσεως τεμαχίων τοῦ θρόμβου κλπ. ὡς ἀνωτέρω ἐλέχθη, δυνατὸν ὅμως τὰ μεταστατικὰ ἀποστήματα, νὰ ἐμφανισθῶσι καὶ πολὺ ἐνωρίτερον, ὄχι δὲ μόνον τοῦτο ἀλλὰ καὶ νὰ προκαλέσωσι θρόμβωσιν τοῦ κόλπου καὶ σηπτικὰ φαινόμενα. Ὑπὸ τοῦ *Beck* ἀναφέρεται τοιαύτη περίπτωσις καθ' ἣν ἤδη, τὴν 5ην ἡμέραν τῆς εἰσβολῆς ὀξείας ὠτίτιδος παρουσιάσθη μεταστατικὸν ἀπόστημα εἰς τὴν κατ' ὦμον ἄρθρωσιν.

Κατὰ *Milligan* ὡς ἀρχικὸν σύμπτωμα ἀρχομένων μεταστάσεων ὁσάκις ὑπάρχει θηλῖτις ἐκ στάσεως εἶναι ἡ ἐλάττωσις τοῦ βαθμοῦ τῆς θηλίτιδος ἐκ στάσεως ὀφειλομένη εἰς τὴν ἐλάττωσιν τῆς ἐνδοκρανιακῆς πιέσεως, λόγῳ τῆς ἀποσπάσεως τεμαχίων καὶ τῆς ἐκ ταύτης ἐλαττώσεως τοῦ μεγέθους τοῦ θρόμβου, πλὴν τὸ σύμπτωμα τοῦτο δὲν εἶναι σταθερὸν τῆς θηλίτιδος ἐκ στάσεως μὴ εὑρισκο-

μένης πάντοτε ἐπὶ πάσης θρομβώσεως, ἀλλὰ ἐπὶ θρομβώσεως τοῦ σηραγγώδους κόλπου.

Αἱ ἀνωτέρω πυαιμικαὶ ἐπιπλοκαὶ παρακολουθοῦνται ὑπὸ πυρετοῦ σηπτικῆς μορφῆς μετὰ φρικιῶν καὶ ἱδρώτων πολλάκις τῆς ἡμέρας, διαφορᾶς θερμοκρασίας (36—41) ἐντὸς μιᾶς ἡμέρας. Ἐκ τοῦ ἰσχυροῦ καὶ συχνοῦ πυρετοῦ ἡ γενικὴ κατάστασις τοῦ ἀῤῥώστου σπουδαίως παραβλάπτεται, ἐκ δὲ τῆς ἐλλειποῦς τροφῆς ἐπέρχεται μεγάλη ἐξάντλησις καὶ ἀλλαγὴ τοῦ χαρακτῆρος τοῦ προσώπου.

Ὅσον ἀφορᾶ τὴν διάρκειαν τοῦ ῥίγους, αὕτη εἶναι ἄλλοτε ἄλλη, ἤτοι ἐντὸς ἑνὸς τετάρτου τῆς ὥρας μέχρι δύο ὡρῶν ἐνίοτε, μεθ' ὃ ἐντὸς ὀλίγων ὡρῶν ἡ θερμοκρασία ἐκ 40°—41° καὶ πλέον ἀποτόμως κατέρχεται καὶ ὑπὸ τὸ φυσιολογικὸν μετ' ἀφθόνων ἱδρώτων. Αἱ πυρετικαὶ ὑψώσεις πολλάκις λίαν ἀνωμάλως εἰσβάλλουσαι ἄνευ ῥίγους, ἄλλοτε μόνον ἐν τῇ ἀρχῇ τῆς μεταστατικῆς σηπτικῆς πυαιμίας, εἰσβάλλει ἔν ῥῖγος μὲ ὑψηλὴν θερμοκρασίαν, ἄλλοτε ὁ πυρετὸς εἶναι συνεχὴς ἄνευ ῥιγῶν, καὶ δὴ ἐπὶ μικρῶν παιδίων μετ' ἀφθόνων μεταστάσεων. Συνήθως ἡ μετάβασις τοῦ διαλείποντος πυρετοῦ εἰς συνεχῆ, δηλοῖ εἰσβολὴν μηνιγγίτιδος. Πολλάκις ἔχομεν συνεχῆ πυρετόν, μέσης ἐντάσεως, πολλῶν ἡμερῶν ἢ καὶ φυσιολογικὴν πυρετικὴν κατάστασιν. Ἐπερχομένης νέας μεταστάσεως εἰσβάλλει νέα αὔξησις τοῦ πυρετοῦ καὶ ἐν γένει σχηματισθεισῶν μεταστάσεων δὲν πίπτει ὁ πυρετὸς ἀποτόμως.

Ὁ σφυγμὸς εἶναι ταχύς, μικρός, νηματοειδὴς 120—180 διατηρούμενος τοιοῦτος πολλὰς ἑβδομάδας μετὰ τὴν πάροδον τῆς σηπτικῆς μικροβιαιμίας μετὰ μεταστάσεων καὶ ἐν γένει ἡ συχνότης τῶν σφυγμῶν ἀνταποκρίνεται πρὸς τὴν γενικὴν θερμοκρασίαν. Εἰς τὰ ἀνωτέρω συμπτώματα προστίθενται τὰ ἐκ τῶν μεταστάσεων, εἰς ἃ ἐπὶ φυματιώσεως τοῦ κροταφικοῦ ὀστοῦ τὰ προκαλούμενα μεταστατικὰ ἀποστήματα περιέχουσι βακτηρίδιον φυματιώσεως:

Τὰ μεταστατικὰ ἀποστήματα ἐν τῷ πνεύμονι εἶναι πολλὰ μεγέθους ἀπὸ κέγχρου μέχρι καρύου, ἑδράζοντα κυρίως κατὰ τὴν περιφέρειαν τοῦ πνεύμονος, προκαλοῦντα βρογχικὰ συμπτώματα. Τὰ ἀποστήματα ταῦτα διαῤῥηγνύμενα εἰς τὴν πλευρὰν προκαλοῦσι πλευρίτιδα πυώδη ἢ πυοπνευμοθώρακα ταχέως θανατηφόρον. Καὶ ἐν ἀρχῇ μὲν τὰ μεταστατικὰ τοῦ πνεύμονος ἀποστήματα, ὡς ἐκ τῆς σμικρότητος αὐτῶν προκαλοῦσι κυρίως βρογχικὰ φαινόμενα, ἀργότερον ὅμως ὁπότε κατὰ τὴν πλευρὰν διαῤῥαγῶσι προξενοῦσι τὰ γνωστὰ τοῦ πνευμοθώρακος συμπτώματα, καὶ τῆς πυώδους πλευρίτιδος. Αἱματηρὰ ἀπόχρεμψις δηλοῖ πνευμονικὴν μετάστασιν μὴ μολυσματικῶν ἐμβόλων. Ἡ σημασία τῶν μεταστάσεων κατὰ τὴν μορφὴν ταύτην τῆς σηπτικῆς μικροβιαιμίας εἶναι μεγάλη διότι καὶ μετὰ ἴασιν τῆς ἀρχικῆς ἑστίας δυνατὸν ἀπὸ τῶν νέων τούτων ἑστιῶν νέα γενικὴ μόλυνσις τοῦ ὀργανισμοῦ καὶ νέαι μεταπτώσεις νὰ προκληθῶσι. Αἱ μεταστάσεις δὲν εἶναι πάντοτε μεμολυσμέναι, ἤτοι δέν πρόκειται πάντοτε περὶ μεταστατικῶν ἀποστημάτων, πολλάκις πρόκειται περὶ ἁπλῆς ἐμβολῆς, ὅπερ ἐν μέρει ἐξαρτᾶται καὶ ἐκ τῆς μολυσματικότητος τῶν μικροβίων καὶ ἐκ τοῦ μεγέθους τοῦ θρόμβου.

Περιέργως ἐνίοτε ἐντὸς τῶν ἁπλῶν τούτων ἐμβόλων ἀνευρίσκονται ζῶντα τὰ παθογόνα μικρόβια, οὐδεμίαν προκαλέσαντο ἀλλοίωσιν, λόγῳ τῆς οὕτως εἰπεῖν ἐγκλείσεως αὐτῶν ἐν τῷ θρόμβῳ. Σπάνια σχετικῶς εἶναι τὰ μεταστατικὰ ἀποστήματα καὶ τὰ ἐκ τούτων συμπτώματα. Ἐπίσης τὰ τῶν νεφρῶν σπληνὸς καὶ ἥπατος.

Ποικιλίαν μεγάλην παρουσιάζουσι αἱ μεταστάσεις τοῦ δέρματος. Ἡ μεταστατικὴ ὀφθαλμία (αἱμοῤῥαγίαι τοῦ ἀμφιβληστροειδοῦς, λευκαὶ κηλίδες τοῦ *Roth* κτλ.), ἀπαντῶσιν ἀρκετὰ συχνὰ κατὰ τὴν σηπτικὴν μικροβιαιμίαν μετὰ μεταστάσεων. Τὰ ἐκ τῆς θρομβώσεως τῶν ἄλλων κόλπων

συμπτώματα εἶναι ἀλλοῖα καὶ πρῶτον ἡ τῶν λιθοειδῶν δὲν προκαλεῖ σαφῆ τοπικὰ φαινόμενα πολὺ συχνὰ ἐπίσης οὐδὲν γενικόν.

ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΙΣ

Ἡ ὕπαρξις ὠτικῆς παθήσεως, ὁ σηπτικὸς χαρακτὴρ τοῦ πυρετοῦ, τὰ μεταστατικὰ ἀποστήματα, ἡ ψηλαφητὴ θρόμβωσις τῆς σφαγίτιδος, τὸ φαινόμενον τοῦ *Leidler*, τὰ ἐρεθιστικὰ καὶ παραλυτικὴ φαινόμενα τὰ προερχόμενα ἐκ τῶν νεύρων πνευμονογαστρικοῦ καὶ παραπληρωματικοῦ, γλωσσοφαρυγγιαίου, ὑπογλωσσίου, ἡ ἐξόγκωσις τοῦ σπληνός, εὐκολύνουσι σπουδαίως τὴν διάγνωσιν, ἰδίως δὲ ἐπακριβὴς λῆψις τοῦ ἀναμνηστικοῦ τοῦ ἀῤῥώστου. Ἐν τούτοις ἡ παραπλάνησις τοῦ ἰατροῦ δὲν εἶναι δύσκολος ὁσάκις τὰ τοπικὰ ἀπὸ τοῦ ὠτὸς συμπτώματα εἶναι ἐλαφρὰ (ὀλίγη ὠτικὴ ἔκκρισις ἐλαφρὰ συμπτώματα ἀπὸ τῆς μαστοειδοῦς ἀποφύσεως) συμπαραμαρτυρεῖ δὲ καὶ ἑλονοσία, γρίππη ἢ πνευμονικὴ πάθησις οἱαδήποτε ἢ πάθησις τοῦ γαστροεντερικοῦ σωλῆνος ἢ ἄλλη μολυσματικὴ νόσος.

Καὶ εἰς τὴν περίπτωσιν ταύτην ἰσχύουσιν οἱ αὐτοὶ κανόνες, οἱ ὁποῖοι καὶ εἰς τὰς λοιπὰς ἐνδοκρανιακὰς ἐπιπλοκάς, ὁσάκις δηλ. ἐπὶ συνυπαρχούσης ὠτικῆς παθήσεως, ἐμφανισθῶσι γενικὰ συμπτώματα, δέον ἐν πρώτοις πρὸς τὸ οὗς νὰ στραφῇ ἡ προσοχὴ ἡμῶν, ἐξαντληθῇ δὲ καὶ κατ' ἐπανάληψιν προηγουμένως πᾶσα ἐξεταστικὴ μέθοδος, καὶ ἐξιχνιασθῇ ἐπισταμένως τὸ ἀναμνηστικὸν τοῦ ἀῤῥώστου, πρὶν ἢ ἀποστραφῇ τοῦ ὠτὸς πρὸς ἄλλα συστήματα ἡ προσοχὴ ἡμῶν, ἀλλὰ καὶ ὁσάκις τὰ τοπικὰ καὶ γενικὰ συμπτώματα εἶναι ἀμφίβολα καὶ τὸ ἀναμνηστικὸν ἐπισφαλές, ἡ βαρεῖα γενικὴ κατάστασις τοῦ ἀῤῥώστου, ἡ ἀνησυχία αὐτοῦ, ἡ ὑπικτερικὴ χροιὰ δίδουσι εἰς τὸν πάσχοντα ἀρκούν-

τως χαρακτηριστικὸν προσωπεῖον ὥστε ὁ πεπειραμένος ὠτολόγος νὰ διαγνώσῃ τὴν κολποφλεβίτιδα. Ἡ κολποφλεβῖτις εὐκόλως δύναται νὰ συγχισθῇ μὲ τὴν ὀξεῖαν μέσην πυώδη ὠτίτιδα, καὶ δὴ ἐν τῇ ἀρχῇ ὁπότε ἡ ὠτῖτις εἰσβάλει μετὰ ῥίγους καὶ πυρετοῦ, πλὴν ὁ πυρετὸς οὗτος βραδύτερον μεταπίπτει εἰς συνεχῆ ἢ ἐξαφανίζεται καὶ τὰ ῥίγη δὲν ἐπαναλαμβάνονται. Δέον ὅμως πάντοτε νὰ ἔχωμεν ὑπ' ὄψει, ὅτι, ἐὰν βραδύτερον ὁ πυρετὸς γίνῃ διαλείπων μέχρι 38°, ἢ καὶ περισσότερον ἐνδεχόμενον νὰ ἔχωμεν πρὸ ἡμῶν θρομβοφλεβίτιδα.

Ἰδιαιτέραν σημασίαν ἔχει ἡ γνῶσις τοῦ γεγονότος ὅτι εἰς τὰ παιδία συχνότατα ἡ ὀξεῖα πυώδης ὠτῖτις εἰσβάλλει μετὰ ῥίγους καὶ πυρετοῦ μέχρι 40°. Ἐπίσης ἐπὶ πνευμονίας μὲ οὐχὶ ἔντονα πνευμονικὰ φαινόμενα καὶ συνυπάρξεως, μέσης ὠτίτιδος μετὰ σηπτικῶν φαινομένων, δέον τὰ σηπτικὰ ταῦτα φαινόμενα νὰ ἀποδώσωμεν εἰς τὴν ὠτίτιδα καὶ νὰ σκεφθῶμεν τὴν θρομβοκολπίτιδα, δεδομένου ὅτι ἡ πνευμονία μόνον εἰς προκεχωρημένα στάδια παρουσιάζει σηπτικὴν μορφήν.

Τὴν σύγχυσιν μετὰ τῶν ἑλωδῶν πυρετῶν ἀποφεύγομεν διὰ τῆς ἀνευρέσεως τῶν πλασμοδίων τοῦ *Laveran* ἐν τῷ αἵματι καὶ τῆς σχετικῆς ἀναλογίας τῶν λευκοκυττάρων, καθότι ἐπὶ μὲν θρομβοκολπίτιδος ταῦτα εἶναι ηὐξημένα, τοὐναντίον δὲ ἐπὶ ἑλωδῶν πυρετῶν.

Ἡ διαφορικὴ διάγνωσις τῆς κολποφλεβίτιδος ἀπὸ τῶν ἄλλων ἐνδοκρανιακῶν ὠτικῶν ἐπιπλοκῶν ὁσάκις ἀπουσιάζουσι ἐγκεφαλικὰ συμπτώματα, δὲν εἶναι δύσκολος, ἐνίοτε ὅμως συνυπάρχουσι κολποφλεβῖτις μετὰ μηνιγγίτιδος, ἢ ἐγγκεφαλικοῦ ἀποστήματος, ὁπότε ἡ κλινικὴ εἰκὼν θολοῦται, τοσοῦτον μᾶλλον καθόσον ἡ μηνιγγῖτις καὶ τὸ ῥαγὲν ἐγκεφαλικὸν ἀπόστημα, συχνάκις παρουσιάζουσι φρίκια. Εἰς τὰς περιπτώσεις ὅμως ταύτας ἡ ἀκριβὴς προεγχειρητικὴ διάγνωσις δὲν ἔχει μεγάλην σημασίαν ἀρκεῖ μόνον ἐγκαί-

ρως νὰ διαγνωσθῇ ἡ ἐνδοκρανιακὴ ὠτογενὴς ἐπιπλοκή. Τὴν ἔκτασιν τῶν ἀλλοιώσεων καὶ τῆς χειρουργικῆς ἐπεμβάσεως θέλουσιν ὑποδείξει τὰ παθολογοανατομικὰ εὑρήματα κατ' αὐτὴν ταύτην τὴν ἐγχείρησιν.

Ἡ διάγνωσις τῆς θρομβώσεως τοῦ βολβοῦ οὐδὲν κλινικὸν βέβαιον σημεῖοτ παρουσιαζούσης πρὸ τῆς χειρουργικῆς ἐπεμβάσεως, εὐκολύνεται δυστυχῶς πολλάκις μόνον διὰ τῶν σηπτικῶν φαινομένων, πάντως ὅμως τὴν θρόμβωσιν τοῦ βολβοῦ ὀφείλομεν νὰ σκεφθῶμεν, ἐπὶ μεγάλης καταστροφῆς τῶν τοιχωμάτων τῆς τυμπανικῆς κοιλότητος, ἰδίως τοῦ κάτω, ἐπὶ χρονίας μαστοειδίτιδος καὶ χολοστεατώματος τοῦ ὑποτυμπάνου, ἀλλὰ καὶ ἐνταῦθα ἡ ἐγχείρησις καὶ ἀποκάλυψις τοῦ σιγμοειδοῦς κόλπου, καὶ εὕρεσις φλεγμονωδῶν ἀλλοιώσεων ἐπεκτεινομένων πρὸς τὰ κάτω, διευκολύνει τὴν εὕρεσιν τῆς φλεγμονῆς τοῦ βολβοῦ. Τὴν διάγνωσιν ὅμως ἐπισφραγίζει κυρίως ἡ ἀνεύρεσις τῆς ἐσωτερικῆς σφαγίτιδος κενῆς αἵματος ἢ ἡ ἐκροὴ ὑπὸ μικρὰν πίεσιν τοῦ αἵματος, ἀπὸ τοῦ περιφερικοῦ ἄκρου τῆς σφαγίτιδος, ἢ ἡ κατὰ σταγόνας κένωσις αὐτοῦ.

Κατὰ τὸν *Grosmann* ἐπώδυνον σημεῖον ὄπισθεν τῆς κορυφῆς τῆς μαστοειδοῦς ἀποφύσεως ὑποδηλοῖ θρόμβωσιν τοῦ βολβοῦ, πλὴν τὸ σύμπτωμα τοῦτο δὲν δυνάμεθα πάντοτε νὰ λαμβάνωμεν ὑπ' ὄψει δεδομένου ὅτι ἀπαντᾷ καὶ ἐπὶ ἁπλῆς μαστοειδίτιδος. Θρόμβωσις μετὰ ἀποστηματοποιήσεως τῶν θυροειδῶν φλεβῶν συνεπείᾳ θρομβώσεως τοῦ βολβοῦ περιεγράφη ὑπό τινων (*Beck*, *Böhm*). Ἐπὶ τῆς χρονίας μέσης πυώδους ὠτίτιδος, σπανίως παρατηρεῖται θρόμβωσις τοῦ βολβοῦ τῆς σφαγίτιδος φλεβὸς πρωτοπαθής.

Τὴν διάγνωσιν τῆς θρομβώσεως τοῦ βολβοῦ ὑποβοηθεῖ ἡ ἀνεύρεσις πνευμονικῶν ἀποστημάτων. Κατὰ τὸν *Jansen* ἡ θρόμβωσις τοῦ βολβοῦ τῆς σφαγίτιδος φλεβὸς ἁπαντᾷ συνήθως κατὰ τὴν ὀξεῖαν μέσην πυώδη ὠτίτιδα. Διὰ τὸν λόγον τοῦτον ἐπὶ ὀξείας ὠτίτιδος μετὰ ὑπόπτων σηπτικῶν

φαινομένων δέον νὰ στρέψωμεν τὴν προσοχὴν ἡμῶν ἐπὶ τοῦ βολβοῦ, τοσοῦτον μᾶλλον καθ' ὅσον ἡ κατὰ τὰς πρώτας ἡμέρας τῆς ὀξείας ὠτίτιδος θρόμβωσις τοῦ κόλπου εἶναι σπανία, ἀποκλείεται δὲ ἔτι περισσότερον ἐὰν διὰ τῆς ἀκτινογραφίας ἀνευρεθῇ διατρέχων μακρὰν ὄπισθεν τοῦ ἄντρου.

Ἐὰν ἡ τοῦ βολβοῦ θρόμβωσις ἐπεκταθῇ πρὸς τὸν κάτω λιθοειδῆ καὶ τὰς κονδυλοειδεῖς φλέβας, τὰς ἀμέσως κάτω καὶ πέριξ τοῦ βολβοῦ ἐκστομουμένας παραφυάδας τῶν σπονδυλικῶν, τότε πᾶσα περιφερικὴ εἰσροὴ αἵματος πρὸς τὴν σφαγίτιδα παύει, διανοιγεῖσα δὲ αὕτη παρουσιάζει τὸ περιφερικὸν αὐτῆς ἄκρον κενὸν αἵματος, μὴ ἐπεκτεινομένης ὅμως τῆς θρομβώσεως τοῦ βολβοῦ πρὸς τὰς ἀνωτέρω ἀναφερθείσας φλέβας, εὑρίσκεται συνήθως τότε εἰς τὴν ἐσωτερικὴν σφαγίτιδα ὀλίγον αἷμα ὑπὸ μικρὰν πίεσιν, καθότι παρακωλύεται ἡ ἐκροὴ τοῦ αἵματος ἀπὸ τὸν τεθρομβωμένον σιγμοειδῆ κόλπον, ἐνῷ διὰ τῶν ἀνωτέρω ἀναφερθέντων φλεβίων διέρχεται ἀκόμη τὸ καὶ φυσιολογικῶς διὰ τούτων διερχόμενον ὀλίγον αἷμα. Τὴν διάγνωσιν τῶν μεταστατικῶν ἀποστημάτων ὑποβοηθεῖ συνήθως ὁ τοπικὸς πόνος, καίτοι πολλάκις ἡ ἐντόπισις τοῦ πόνου δὲν ἀνταποκρίνεται εἰς τὴν ἑστίαν τῆς φλεγμονῆς παρὰ μόνον ἐπὶ ἀποστημάτων τῶν μυῶν καὶ τῶν ἀρθρώσεων.

Τὴν διάγνωσιν τῆς ὑπάρξεως ὀφθαλμικῶν μεταστατικῶν ἀποστημάτων ὑποβοηθεῖ ἡ λειτουργικὴ ἀνωμαλία τῶν ὀφθαλμικῶν μυῶν, τὰς ῥινικὰς μεταστάσεις ἡ ἀπόφραξις τοῦ ἑνὸς ῥινικοῦ ἡμιμορίου προερχομένη ἐξ ἐξοιδήσεως τῆς μέσης καὶ κάτω ῥινικῆς κόγχης, τὰς ἐπὶ τῶν ἀρθρώσεων καὶ τῶν σωληνοειδῶν ὀστῶν μεταστάσεις πλὴν τῶν ἄλλων μέσων καὶ ἀκτινοσκόπησις, τὰς θωρακικὰς καὶ κοιλιακὰς μεταστάσεις, ἡ συνήθης παθολογικὴ ἐξέτασις τοῦ πάσχοντος. Ἐν γένει ἀνακεφαλαιοῦντες, πᾶς ὠτολόγος ἔχων ὑπὸ τὴν θεραπείαν του πάσχοντα ἐκ μέσης πυώδους ὠτίτιδος καὶ δὴ ἄτομον μὲ ὑγιᾶ ὀργανισμόν, αἴφνης δὲ προσβαλλό-

μενον ὑπὸ ῥίγους καὶ πυρετοῦ, πρέπει νὰ στρέψῃ τὴν προσοχήν του εἰς τὴν πιθανότητα παθήσεως τοῦ κόλπου. Εἰς τὰς ὀξείας ὠτίτιδας ἡ μὴ πτῶσις τοῦ πυρετοῦ μετὰ τὴν παρακέντησιν τοῦ τυμπάνου ἢ τὴν αὐτόματον αὐτοῦ ῥῆξιν, ἢ τοὐναντίον εἰσβολὴ ἐκ νέου πυρετοῦ μετὰ τὴν πάροδον τοῦ ὀξέως σταδίου, ἀποτελεῖ ὕποπτον φαινόμενον ἐπιπλοκῆς. Ἐὰν πρόκειται περὶ ἀτόμου ἡλικιωμένου (καὶ οὐχὶ περὶ παιδίου, εἰς ὃ ὁ πυρετὸς δύναται μέχρι 39° ἐπὶ χρονικόν τι διάστημα νὰ παραμείνῃ), ἡ ἐπιμονὴ μικροῦ πυρετοῦ μετὰ ῥίγους, καίτοι ὑπαρχούσης ἐλευθέρας ἐξόδου τοῦ πύου ἀπὸ τοῦ ὠτός, πρέπει νὰ στρέψῃ τὴν προσοχὴν ἡμῶν πρὸς τὸν κόλπον. Πόνοι κατὰ τὴν κατάποσιν εἰς τὸ σύστοιχον ἡμιμόριον δύνανται νὰ προκληθῶσιν ἐκ τῆς φλεγμαινούσης σφαγίτιδος φλεβός.

Ἡ χώρα τῆς ἐμφανίσεως τῶν μεταστάσεων μᾶς ὑποβοηθεῖ καὶ εἰς τὴν διάγνωσιν τῆς ἕδρας τῆς κολποφλεβίτιδος, οὕτω μεταστάσεις κυρίως εἰς τὰς ἀρθρώσεις καὶ τοὺς μῦες συνηγοροῦσιν ὑπὲρ θρομβώσεως τοῦ ἐγκαρσίου κόλπου, μεταστάσεις εἰς τοὺς πνεύμονας μᾶλλον διὰ θρόμβωσιν τοῦ βολβοῦ, ἐνῷ μόνον πυρετὸς δύναται νὰ προκαλῆται καὶ ἐκ περικολπικοῦ ἀποστήματος.

Παραλύσεις ἢ ἐρεθισμοὶ τῶν παρακειμένων νεύρων καθὼς τοῦ γλωσσοφαρυγγαίου πνευμονογαστρικοῦ παραπληρωματικοῦ συνηγοροῦσι περὶ παθήσεως τοῦ βολβοῦ, περὶ θρομβώσεως δὲ τοῦ σηραγγώδους κόλπου αἱ διαταραχαὶ ἀπὸ τοῦ τριδύμου τροχηλιακοῦ ἀπαγωγοῦ κοινοῦ κινητικοῦ. Τὸ περικολπικὸν ἀπόστημα εἶναι ὁδηγὸς κατὰ τὴν ἐγχείρησιν τῆς λανθανούσης θρομβώσεως.

Λανθάνουσα θρόμβωσις τοῦ κόλπου ἄνευ πυρετοῦ σπανίως παρατηρεῖται. Ὑπό τινων περιγράφονται ὡς ἐν ἀρχῇ ἐλέχθη κολποφλεβίτιδες ἄνευ συμπτωμάτων διατρέχουσαι μέχρι τῆς στιγμῆς καθ' ἣν ἐπιπλοκὴ μηνιγγίτιδος ἢ ἐγκεφαλικοῦ ἀποστήματος, δώσει τὰ πρῶτα συμπτώματα, ἤδη

ἐπὶ μακρὸν ὑπαρχούσης πλὴν βραδέως ἐκτελεσθείσης θρομβώσεως τοῦ κόλπου. Ἡ τοιαύτη ἐξέλιξις ὀφείλεται εἰς τὴν μικρὰν μολυσματικότητα τῶν παθογόνων μικροοργανισμῶν καὶ τὴν ἀσθενῆ τοῦ πάσχοντος κρᾶσιν.

Ἐν τῇ διαγνώσει τῆς ἁπλῆς θρομβοφλεβίτιδος ἀλλὰ καὶ χάριν τῆς θεραπείας ταύτης ὡς καὶ πρὸς ἔγκαιρον διάγνωσιν καὶ κατ' ἀναλογίαν θεραπείαν τῆς ἐκ τῆς θρομβοφλεβίτιδος ἐπερχομένης σηπτικῆς μικροβιαιμίας ἄνευ ἢ μετὰ μεταστάσεων, μεγάλην ἔχει σημασίαν, ἡ ἔγκαιρος ἀνεύρεσις τοῦ παθογόνου μικροοργανισμοῦ τοῦ προκαλοῦντος ταύτην. Πρὸς τὸν σκοπὸν τοῦτον δέον πάντοτε, δεδομένου ὅτι δὲν δυνάμεθα μετ' ἀπολύτου βεβαιότητος νὰ ἀποκλείσωμεν ὅτι εὑρισκόμεθα καὶ πρὸ ἀρχομένης σηπτικῆς μικροβιαιμίας, εἰ δυνατὸν πρὸ τῆς ἐγχειρητικῆς ἐπεμβάσεως, νὰ ἐκτελῆται καλλιέργεια τοῦ αἵματος διὰ παρακεντήσεως φλεβὸς ὡς κατωτέρω θέλομεν ἐκθέσει, κατὰ δὲ τὴν ἐγχείρησιν νὰ λαμβάνηται ἀσήπτως ἐν ἀπεστειρομένοις σωληναρίοις (1—2), πῦον τὸ ὁποῖον νὰ παραδίδηται πρὸς μικροσκοπικὴν ἐξέτασιν καὶ καλλιέργειαν συγχρόνως δὲ αἷμα ἐκ τοῦ κόλπου ἀσήπτως διὰ παρακεντήσεως αὐτοῦ νὰ λαμβάνηται πρὸς καλλιέργειαν, ἐν περιπτώσει δὲ ἀνευρέσεως τοῦ θρόμβου νὰ ἐκτελῆται καλλιέργεια καὶ τούτου.

Εἠνόητον ὅτι ἐπὶ λήψεως ἐγκεφαλονωτιαίου ὑγροῦ ***(ὅπερ καὶ ἐπὶ ἐλαχίστης ὑποψίας ἐπιπλοκῆς μηνιγγίτιδος δέον νὰ λαμβάνωμεν)***, δέον καὶ τοῦτο ταχέως πρὸς μικροσκοπικὴν ἐξέτασιν καὶ καλλιέργειαν νὰ παραδίδηται. Ὡς καὶ ἀνωτέρω ἐλέχθη ἡ λῆψις τοῦ αἵματος κλπ. καὶ αἱ καλλιέργειαι δέον νὰ γίνωνται ***ἐγκαίρως ὅσον τὸ δυνατὸν ἐνωρίτερον καὶ ταχέως***, ἐν περιπτώσει δὲ ἀρνητικῆς ἀπαντήσεως νὰ ἐπαναλαμβάνηται πολλάκις, ἡ παράλειψις δὲ τούτων ἀποτελεῖ ἀνεπανόρθωτον πολλάκις καὶ ἀσυγχώρητον σφάλμα.

Ἐν τῇ μικροβιολογίᾳ τῆς σηπτικῆς μικροβιαιμίας κατέ-

πεσεν ὁ χωρισμὸς τῶν σαπροφυτικῶν μικροοργανισμῶν ἀπὸ τῶν παθογόνων, διότι πολλοὶ τῶν σαπροφυτικῶν μικροοργανισμῶν (π. χ. τοῦ κυανοῦ πύου, πρωτέως κλπ.) ἀνευρέθησαν κατὰ σηπτικὰς μικροβιαιμίας, ὡς αἴτια τούτων *(Leschke)*. Ὁ παθογόνος μικροοργανισμὸς εἶναι ὡς ἐπὶ τὸ πλεῖστον εἷς, μικταὶ μολύνσεις ὅμως ἢ ἐπιμολύνσεις δὲν ἀποκλείονται. Ἡ λῆψις τοῦ αἵματος δέον νὰ γίνηται εἰ δυνατὸν κατὰ τὸν πυρετικὸν παροξυσμόν. Κατὰ τὸν *Haymann* καταλληλοτέρα στιγμὴ εἶναι ὅτε ὁ πυρετὸς ἄρχεται ἀνερχόμενος καὶ οὐχὶ τὸ ῥῖγος ἢ τὸ ζενὶθ τοῦ παροξυσμοῦ.

Ἡ παρακέντησις τῆς φλεβὸς (ἡ ἰδέα τῆς παρακεντήσεως τῆς φλεβὸς διὰ κοίλης βελόνης πρὸς λῆψιν αἵματος πρὸς καλλιέργειαν ὀφείλεται εἰς τὸν *A. Saenger* καὶ *Sittmann*), δέον νὰ γίνηται ὑπὸ αὐστηρὰν ἀσηψίαν. Αἱ σύριγγες «*Luer*» ἕνεκα τοῦ δυνατοῦ τῆς ἀρίστης αὐτῶν ἀποστειρώσεως δέον νὰ προτιμῶνται τῶν «*Record*». Ἐπὶ τῶν μικρῶν παιδίων δυνάμεθα νὰ παρακεντήσωμεν καὶ τὸν ἐπιμήκη κόλπον (*Lesné*).

Ὅσάκις αἱ φλέβες εἶναι λίαν λεπταὶ καὶ ἡ παρακέντησις αὐτῶν δύσκολος δυνάμεθα ἐν ἀνάγκῃ νὰ καταφύγωμεν εἰς τὴν διὰ λίαν λεπτῆς βελόνης παρακέντησιν τῆς κερκιδικῆς ἀρτηρίας προσέχοντες πάντοτε νὰ διευθύνωμεν τὴν βελόνην κατὰ τὴν φορὰν τῆς ῥοῆς τοῦ αἵματος (ἐκ τῶν ἄνω πρὸς τὰ κάτω) *(Leschke)*, διότι διὰ τοῦ τρόπου τούτου ἀποφράσσεται δίκην δικλεῖδος ἡ ὀπὴ ὑπὸ τοῦ κυκλοφοροῦντος αἵματος. Ἐν τῇ καθ' ἡμέραν πράξει, καὶ ὁσάκις ἡ ἐπεξεργασία τοῦ παραλαμβανομένου αἵματος δὲν δύναται νὰ γίνῃ πάραυτα, συνιστᾶται ὑπὸ τοῦ *Lenhartz* ἡ λῆψις τοῦ αἵματος ἐν ἀπεστειρωμένῳ φιαλιδίῳ (50—70) κ. ἑκ.) περιέχοντι ὑελοσφαιρίδια καὶ ἡ ἄμεσος ἀνάσεισις αὐτοῦ πρὸς ἀποφυγὴν τῆς πήξεως καὶ ἡ ἀποστολὴ τούτου εἰς τὸν πρὸς ὃν ὅρον. Κατὰ τὸν *Leschke* εἶναι προτιμώτερον, πρὸς ἀραίωσιν τοῦ αἵματος καὶ ἐλάττωσιν τῆς βακτηριοκτόνου αὐτοῦ

δυνάμεως, λίαν παρεμποδιζούσης τὴν ἀνάπτυξιν τοῦ καλλιεργήματος, νὰ προστίθενται 5—10 κ. ἑκ. τοῦ ληφθέντος αἵματος εἰς φιαλίδιον *300* κ. ἑκ. ζωμοῦ (ἀπεστειρομένου) καὶ τοῦτο νὰ ἀποστέλληται πρὸς ἐξέτασιν. Ἐὰν ἡ ἀραίωσις καὶ ὁ ἐμβολιασμὸς τῶν θρεπτικῶν ὑλικῶν δύναται νὰ γίνῃ παρὰ τὴν κλίνην τοῦ ἀῤῥώστου εἶναι ἔτι προτιμώτερον.

Κατὰ τὸν *Leschke* ἡ καλλιέργεια τοῦ αἵματος ἐπιτυγχάνει καλλίτερον εἰς ὑγρὰ ἢ στερεὰ θρεπτικὰ ὑλικά. οὐχ' ἧττον ὅμως δέον ἀμφότερα νὰ χρησιμοποιοῦνται. ***Ἡ ἐξέτασις δέον νὰ στρέφεται τόσον πρὸς καλλιέργειαν ἀεροβίων ὡς καὶ ἀναεροβίων μικροβίων.*** Ἡ καλλιέργεια ἀναεροβίων μικροβίων γίνεται κάλλιον κατὰ τὴν ὑπὸ τοῦ *Schottmüller* καὶ *Leschke* προυταθεῖσαν μέθοδον, χάριν συντομίας παραλείπομεν νὰ ἀναφέρωμεν ταύτην παραπέμποντες εἰς τὰ σχετικὰ συγγράμματα (Μικροβιολογία Κ. Σάββα ἢ *Kolle-Hetsch* κλπ.). Ὡς ἀνωτέρω ἐλέχθη ἡ καλλιέργεια τοῦ αἵματος, ἕνεκα τῆς μεγάλης βακτηριοκτόνου δυνάμεως ἐνίοτε καὶ τῆς περιοδικῆς κυκλοφορίας τῶν μικροοργανισμῶν εἶναι δυσκολωτάτη, διὸ δέον πάντοτε νὰ ἀραιοῦται τὸ παραλαμβανόμενον αἷμα, αἱ δὲ πλᾶκες νὰ παραμένωσι ἐπὶ μακρὸν ἐν τῷ ἐπωαστικῷ κλιβάνῳ μέχρι ἐνίοτε καὶ 12 ἡμερῶν *(Leschke)*.

Μεθ' ὅλην τὴν ἀνωτέρω λεπτὴν ἐπεξεργασίαν, ὑπάρχουσι πολλαὶ περιπτώσεις καθ' ἃς διὰ τῶν μέσων ἅτινα τὴν σήμερον διαθέτομεν δὲν ἐπιτυγχάνει ἡ ἀπομόνωσις τοῦ παθογόνου παράγοντος,

Πρὸς καλλιέργειαν τοῦ ἐγκεφαλονωτιαίου ὑγροῦ συνιστᾶται ὑπὸ τοῦ *Leschke*, τὸ ἐγκεφαλονωτιαῖον ὑγρὸν νὰ ἀραιοῦται καὶ μήγνυται μετὰ ἴσης ποσότητος 10 % διαλύματος ἀπεστειρομένου σταφυλοσαχάρου, τίθεται δὲ οὕτω πρὸ τῆς καλλιεργείας ἐπί τι διάστημα ἐν τῷ ἐπωαστικῷ κλιβύνῳ πρὸς πολλαπλασιασμὸν τῶν μικροβίων ἐν τῷ ὑζίματι. Κατὰ τὴν σηπτικὴν μικροβιαιμίαν οἱ παθογόνοι μι-

κροοργανισμοὶ ὀλίγον πρὸ τοῦ θανάτου *(German)* καὶ εὐθὺς μετὰ τὸν θάνατον ἐπί τι διάστημα ἕνεκα τῆς ἐλαττώσεως τῆς βακτηριοκτόνου δυνάμεως τοῦ αἵματος, ἄρχεται βαθμηδὸν πολλαπλασιαζόμενοι (*V. Eiselsberg*), δι' ὃ καὶ καλλιέργεια αὐτῶν τότε εἶναι εὐκολωτέρα. Διὰ τὸν λόγον τοῦτον κατὰ τὸν *Leschke* ἡ μὴ ἀνεύρεσις παθογόνων μικροοργανισμῶν ἐν τῷ αἵματι τῆς καρδίας τῶν νεκρῶν ἀποκλείει τὴν ὀλίγον πρὸ τοῦ θανάτου ὕπαρξιν μικροβιαιμίας, καίτοι ὑπό τινων ἀναφέρονται σπάνιοι περιπτώσεις καθ' ἃς καίτοι ἡ ὕπαρξις σηπτικῆς μικροβιαιμίας διεπιστώθη ἐν ζωῇ, οὐχ' ἧττον ἡ καλλιέργεια μετὰ θάνατον ἀπέβη ἀρνητική. Τὸ τοιοῦτον πιθανὸν νὰ ὀφείληται, εἰς τὴν κατὰ περιόδους μόνον κυκλοφορίαν μικροοργανισμῶν ἐν τῷ αἵματι.

ΠΡΟΓΝΩΣΙΣ

Ἡ πρόγνωσις ἰδία κατὰ παλαιοτέρας ἐποχὰς καὶ δὴ τὴν προεγχειρητικὴν ἦτο βαρυτάτη, συνήθως τοῦ θανάτου προερχομένου ἐκ τῶν ἐπιπλοκῶν τῆς νόσου, τῶν πνευμονικῶν μεταστάσεων τοῦ ἐπακολουθοῦντος πυοπνευμοθώρακος, τῆς γενικῆς ἢ σηπτικῆς μολύνσεως, τῆς μηνιγγίτιδος, τοῦ ἐγκεφαλικοῦ ἀποστήματος τῶν διαφόρων προαναφερθεισῶν νευρικῶν παραλύσεων, καὶ ἐκφυλίσεως τῆς καρδίας τῶν νεφρῶν, ἥπατος κλπ.

Καίτοι κατὰ τὸν *Lexer* ἡ ἀντίστασις τοῦ ὀργανισμοῦ εἶναι μεγαλητέρα, κατὰ τὴν σηπτικὴν μικροβιαιμίαν μετὰ μεταστατικῶν ἀποστημάτων, ἐν τούτοις ἡ πρόγνωσις εἶναι χειροτέρα λόγῳ τῆς εἰς σπουδαῖα ὄργανα ἐγκαταστάσεως τῶν ἀποστημάτων. (Ὁ μὴ σχηματισμὸς ἀποστημάτων ὀφείλεται κατὰ τὸν *Lexer* εἰς τὸ ὅτι ἡ ἀντίστασις τοῦ ὀργανι-

σμοῦ εἶναι τόσο μικρὰ ὥστε δὲν κατορθεῖ νὰ σχηματίσῃ πυώδεις συλλογάς.

Εὐνοϊκωτέρα εἶναι ἡ πρόγνωσις ἐπὶ θρομβοφλεβίτιδος ἄνευ ἐπιπλοκῶν ἢ ἐπὶ στείρων μικροβίων μεταστάσεως. Ἐπὶ αὐτομάτου ἰάσεως ἐπέρχεται ὀργανοποίησις τοῦ θρόμβου καὶ ἀπορρόφησις τοῦ πύου. Ἐπίσης δυνατὸν ὁ διαπεπυημένος θρόμβος νὰ ῥαγῇ πρὸς τὰ ἔξω ἐντὸς τῶν μαστοειδῶν κυψελῶν, ἐγκαθισταμένου οὕτω σηριγγώδους πόρου (*Stacke etc.*) Αἱ εὐνοϊκαὶ ὅμως αὗται περιπτώσεις δὲν μετριάζουσι τὴν ἐν γένει βαρεῖαν πρόγνωσιν τῆς νόσου, ἥτις εἶναι πάντοτε βαρυτάτη ἐὰν ἡ θρομβοκολπῖτις εἰς ἑαυτὴν ἐγκαταλειφθῇ, ἐπιπλακῇ δὲ καὶ διὰ σηπτικῆς μικροβιαιμίας. Εὐνοϊκὴ εἶναι ἡ πρόγνωσις ἐπὶ μονίμου ἀποφράξεως τοῦ κόλπου δι' ὀργανώσεως τοῦ θρόμβου. Εἰς τὰς βαρείας θανατηφόρους ἐπιπλοκὰς συγκαταλλέγεται ἡ πνευμονικὴ γάγγραινα (*Hessler*). Ἐν γένει δὲ δυνάμεθα νὰ εἴπωμεν ὅτι ἡ πρόγνωσις τῆς θρομβοκολπίτιδος ἐξαρτᾶται ἐκ τῆς ἐντοπίσεως ἢ ἐπεκτάσεως τῆς νόσου, ἐκ τῆς ἐντάσεως τῆς μολύνσεως, ἐκ τῆς στειρότητος ἢ μὴ τῶν θρόμβων, ἐκ τῆς ἀντιστάσεως τοῦ ὀργανισμοῦ καὶ τῆς ἐγκαίρου διαγνώσεως καὶ ἐπεμβάσεως.

Πολλάκις ὅμως καίτοι ἐγκαίρως ἐπεμβαίνομεν ἡ θρόμβωσις προχωρεῖ περαιτέρω πρὸς τὸν ληνὸν τοῦ Ἡροφίλου ἀφ' ἑνός, ἀφ' ἑτέρου δὲ ἀναπτύσσεται ἡ σηπτικὴ μικροβιαιμία.

Μᾶλλον εὐνοϊκὴ εἶναι ἡ πρόγνωσις ὁσάκις ἡ θρόμβωσις ἐντοπίζεται εἰς τὸν σιγμοειδῆ κόλπον, χειρίστη τοὐναντίον ὅταν ἐπεκτείνεται ὑπὸ τὸν ληνὸν τοῦ Ἡροφίλου, πρὸς τὸν ἄνω ἐπιμήκη καὶ τὸ εὐθύν. Μηνιγγῖτις ἐπαπειλεῖ ἐπὶ θρομβώσεως τοῦ σηραγγειώδους κυρίως, τὴν πρόγνωσιν ἐπίσης ἐπιβαρύνει ἡ ἐπέκτασις τῆς θρομβώσεως πρὸς τὸν βολβὸν καὶ τὴν σφαγίτιδα φλέβα, μᾶλλον καλοήθης τοὐναντίον εἶναι ἡ πρωτοπαθὴς θρόμβωσις τοῦ βολβοῦ τῆς σφαγίτιδος

φλεβός, λόγῳ τῆς ἐξωκρανιακῆς θέσεως τούτων. Ὡς καὶ ἀνωτέρω ἐλέχθη ἡ πρόγνωσις τῆς θρομβοκολπίτιδος μετὰ σηπτικῆς μικροβιαιμίας εἶναι βαρεῖα.

Ἡ πρόγνωσις καὶ πάλιν ἐξαρτᾶται ἐκ τῆς μολυσματικότητος τοῦ παθογόνου παράγοντος, καὶ τῆς ἀντιστάσεως τοῦ ὀργανισμοῦ, ἐξασθενουμένης πάντως ἐκ τῆς ἐξαντλήσεως συνεπείᾳ προηγηθεισῶν νόσων καὶ ἐκ τῆς ἀντοχῆς τῆς καρδίας κυκλοφορικοῦ συστήματος, νεφρῶν καὶ νευρικοῦ συστήματος.

Κατὰ τὸν *Sellheim* ἐὰν ἐπὶ ὑγρᾷ περιτυλίξει (δι᾽ ὕδατος) τοῦ σώματος θερμοκρασίας τοῦ δωματίου βελτιωθῇ ἡ ἀναπνοὴ ὁ σφυγμὸς καὶ ἡ θερμοκρασία, ἡ πρόγνωσις εἶναι καλλιτέρα ἢ ἐὰν ἡ ἀντίδρασις αὕτη δὲν ἐνφανισθῇ *(hydriatischer Reiz)* ἐπίσης ἡ ἐλάττωσις τῆς ἀρτηριακῆς πιέσεως (ἐκ παρέσεως καὶ τῶν ἀγγειοκινητικῶν νεύρων) ἀποτελεῖ κατὰ τὸν *Leschke* κακὴν πρόγνωσιν. Ἐπίσης ἡ μεγάλη αὔξησις ἢ μεγάλη ἐλάττωσις τῶν λευκῶν αἱμοσφαιρίων ἀποτελεῖ κακὴν πρόγνωσιν.

Ἐπίσης ἡ ἐλάττωσις τοῦ ποσοῦ τῶν ἐρυθρῶν αἱμοσφαιρίων καὶ τῆς αἱμοσφαιρίνης, ἡ ἐμφάνισις ***νεαρῶν*** μορφῶν καὶ ἡ ἐλάττωσις τῆς φαγοκοτταρικῆς ἰδιότητος τῶν λευκοκυττάρων *(Stüber Seläfor. Hieber)* μετρουμένης διὰ τῶν Ζοοσπόρων *(Soorosporen)*.

Κατὰ σειρὰν βαρύτητος μολύνσεως ἔρχονται πρῶτον οἱ σταφυλόκοκκοι (λόγῳ τῶν μεταστάσεων), δεύτερον οἱ στρεπτόκοκκοι καὶ τρίτον οἱ πνευμονόκοκκοι. Ἡ ἐπανάληψις τοῦ ῥίγους δὲν ἐπιβαρύνει τὴν πρόγνωσιν *(Lershke)*,

ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Ἡ ἰδέα τῆς ἐγχειρήσεως τῆς κολποφλεβίτιδος ἀνήκει εἰς τὸν *Zaúfal*, ὅστις τῷ 1880 συνεβούλευσε χειρουργικῶς ἐπ' αὐτῆς νὰ ἐπέμβωμεν δι' ἀπολινώσεως τῆς ἐσωτερικῆς σφαγίτιδος, ὁρμώμενος ἐκ τῆς ἰδέας, διὰ τοῦ τρόπου τούτου νὰ παρακωλύσῃ τὴν εἴσδυσιν τῶν μολυσματικῶν μαζῶν ἐκ τοῦ κόλπου εἰς τὴν κυκλοφορίαν, ἐν ᾧ ταὐτοχρόνως διὰ τῆς μαστοειδοῦς ἐγχειρήσεως ἀνεζήτει τὸν κόλπον νὰ ἀπελευθερώσῃ καὶ διανοίξῃ. Μετὰ τέσσαρα ἔτη ὁ αὐτὸς *Zaúfal* ἐξετέλεσε τοιαύτην ἐγχείρησιν δυστυχῶς ὅμως ἡ περίπτωσις αὕτη κατέληξεν εἰς θάνατον ἕνεκα τῶν πνευμονικῶν μεταστάσεων.

Ἐκ πρώτης ὄψεως ἡ ἰδέα τῆς ἀπολινώσεως δὲν φαίνεται ἀποῤῥιπτέα πρακτικῶς ὅμως δὲν εἶναι γενικῶς ὀρθὴ καθ' ὅτι τὸ πῦον, καὶ οἱ μικροοργανισμοὶ ἐκ τοῦ θρομβωθέντος κόλπου εἰσδύουσιν εἰς τὴν κυκλοφορίαν, καὶ δι' ἄλλων ὁδῶν, καθὼς διὰ τῶν κονδυλοειδῶν φλεβῶν, τῶν φλεβῶν τῆς σπονδυλικῆς στήλης, ἢ καὶ διὰ τοῦ ἐγκαρσίου καὶ σιγμοειδοῦς κόλπου καὶ τῆς σφαγίτιδος φλεβὸς τοῦ ἀντιθέτου ἡμιμορίου, τὸ τοιοῦτον ἐκλόνισε τὴν πεποίθησιν τῆς διὰ τῆς ἀπολινώσεως τῆς σφαγίτιδος παρακωλύσεως τῆς ἀναπτύξεως τῆς πυαιμίας, κακῶς ὅμως τοῦτο πάλιν παρερμηνεύθη διότι μετὰ τῆς ἀπολινώσεως τῆς σφαγίτιδος φλεβὸς καὶ αἱ λοιπαὶ ἐπὶ τοῦ ὠτὸς ἀπαιτούμεναι χειρουργικαὶ ἐπεμβάσεις, ἢ ἐγένοντο ἀργά, ἢ ἀτελῶς ὁπότε πλέον ἡ σηπτικὴ μικροβιαιμία καὶ αἱ μεταστάσεις εἶχον συντελεσθῆ.

Ἤδη ἀκολουθοῦντες τὴν ἀρχὴν τοῦ *Alexander* ἐπὶ ὠτογενοῦς θρομβοφλεβίτιδος προτάσσομεν τὴν ἀπολίνωσιν τῆς σφαγίτιδος φλεβός, ἐνῶ ταυτοχρόνως ἐπὶ μὲν τῶν ὀξειῶν περιπτώσεων ἐνεργοῦμεν τὴν ἀντροτομὴν καὶ τὴν ἀφαίρεσιν

τῆς μαστοειδοῦς, ἐπὶ δὲ τῶν χρονίων ὠτιτίδων τὴν ῥιζικὴν μαστοειδῆ, μετὰ διανοίξεως τοῦ κόλπου καὶ βολβοῦ καὶ ἀφαιρέσεως τῶν ἐμπεριεχομένων θρόμβων. Διὰ τῆς μεθόδου ταύτης παρακωλύομεν τὴν γενικὴν μόλυνσιν καὶ τὰς μεταστάσεις, διότι μεμολυσμένα τεμάχια θρόμβου, ἀποσπώμενα κατὰ τὴν χειρουργικὴν ἐπὶ τοῦ ὀστοῦ καὶ τοῦ κόλπου ἐπέμβασιν, διὰ τῆς ἀπολινώσεως τῆς σφαγίτιδος παρακωλύονται νὰ εἰσέλθωσιν εἰς τὴν κυκλοφορίαν.

Πλὴν τούτου καὶ φυσαλίδες ἀέρος κατὰ τὴν διάνοιξιν τοῦ κόλπου εἰσορμῶσιν εἰς τὴν κυκλοφορίαν, καθότι καίτοι σπανιώτατα, ἐν τούτοις ἀναφέρονται τοιαῦται περιπτώσεις, ὁπότε ἐν καιρῷ τῆς εἰσπνοῆς διὰ τῆς ταχυτέρας εἰσορμήσεως τοῦ αἵματος πρὸς τὴν καρδίαν, προκαλεῖται ἀρνητικὴ πίεσις καὶ ἐπὶ βραχὺ διατηρούμενον κενὸν αἵματος ἐν τῷ κόλπῳ ἐκ τῆς διανοίξεως τοῦ κόλπου ὁπότε ἐνδεχόμενον διὰ τῆς εἰσπνοῆς νὰ προκληθῇ εἴσοδος ἀέρος καὶ ἐμβολή. Πρὸς ἀποφυγὴν τούτου εἶναι φρόνιμον πάντοτε πρὸ τῆς διανοίξεως τοῦ κόλπου νὰ ἀπολινῶμεν τὴν σφαγίτιδα φλέβα, ἢ νὰ εἰσάγωμεν γάζαν, καὶ πιέζομεν κατὰ τὸ κάτω ἄκρον τοῦ κόλπου πρὸς τὸν βολβόν.

Ἡ ἐν ἑνὶ χρόνῳ ἐκτέλεσις κατὰ τὴν μέθοδον *Alexander* τῶν ἀνωτέρω ἀναφερθεισῶν ἐγχειρήσεων, καθὼς καὶ ἡ τοῦ δερμικοῦ συριγγίου μᾶς προφυλάσσει καὶ ἐξ ἄλλου κινδύνου, ἤτοι τοῦ παρακολουθοῦντος τὴν σηπτικὴν μικροβιαιμίαν ἐκφυλισμοῦ τῆς καρδίας, σπληνὸς ἥπατος, καὶ νεφρῶν τὸν ὁποῖον ὑποβοηθεῖ πᾶσα νέα διὰ χλωροφορμίου νάρκωσις.

Ἡ ἐγχείρησις τῆς θρομβοκολπίτιδος ἀποτελεῖ μίαν τῶν ἐνδεδειγμένων ὠτολογικῶν ἐγχειρήσεων παραλειπομένη δὲ ἐν τῇ καταλλήλῳ στιγμῇ καὶ ἐν τῇ εἰσβολῇ τοῦ σηπτικοῦ πυρετοῦ καὶ τῶν μεταστατικῶν ἀποστημάτων ἐν ἐκτεταμένῃ θρομβώσει τῆς σφαγίτιδος, καὶ λοιποῖς γνωστοῖς ἤδη συμπτώμασι τῆς νόσου, ἀποτελεῖ ἀσυγχώρητον σφάλμα.

Ἡ μεγίστη σπανιότης τῆς αὐτομάτου ἰάσεως τῆς κολποφλεβίτιδος, ἡ συντελουμένη λ. χ. δι' ἀπορροφήσεως τοῦ ἐν τῷ μέσῳ τοῦ θρόμβου εὑρισκομένου πύου, ἐὰν ὁ θρόμβος πρὸς ἀμφότερα τὰ ἄκρα αὐτοῦ φέρῃ στείρας μάζας ἢ διὰ σχηματισμοῦ ἰνώδους ἱστοῦ, δὲν ἐπιτρέπει ἡμῖν συντηρητικὴν μέθοδον. Τὸ τεχνικὸν μέρος τῆς ἐγχειρήσεως τῆς κολποφλεβίτιδος θεωροῦμεν σκόπιμον νὰ περιγράψωμεν ὅσον τὸ δυνατὸν ἐκτενέστερον, ὅπως οὐχὶ μόνον ὁ εἰδικὸς ὠτολόγος τὴν ἐγχείρησιν, ἐκτελεῖ ἀλλὰ καὶ πᾶς γενικὸς χειρουργός. Τῆς ἐγχειρήσεως ἀρχόμεθα ὡς καὶ ἀνωτέρω ἀνεφέραμεν, διὰ τῆς ἀντροτομῆς καὶ μαστοειδοῦς ἐγχειρήσεως ἐπὶ τῶν ὀξειῶν περιπτώσεων ἢ διὰ τῆς ῥιζικῆς μαστοειδοῦς ἐπὶ τῶν χρονίων μὲ κύριον σκοπὸν τὴν ἀνεύρεσιν τοῦ πάσχοντος κόλπου, διάνοιξιν καὶ ἐκκένωσιν αὐτοῦ ἀπὸ τῶν ἐν αὐτῷ ἐγκατασκηνούντων θρόμβων, πρὸς παρακώλυσιν εἰσόδου τοῦ πύου θρόμβων καὶ μικροοργανισμῶν εἰς τὴν κυκλοφορίαν. Κατὰ τὴν διὰ σμήλης καὶ σφύρας ἀφαίρεσιν καὶ διασκαφὴν τοῦ μαστοειδοῦς ὀστοῦ ἀφαιροῦμεν τοῦτο κατὰ στρώματα, οὕτως ὥστε ἡ σμήλη νὰ φέρεται ἐφαπτομένως τῷ κόλπῳ καὶ οὐχὶ καθέτως (ἴδε εἰκὼν 8) πρὸς ἀποφυγὴν τραυματισμοῦ τοῦ κόλπου καὶ αἱμορραγίας ἐξ αὐτοῦ, μήλη δὲ ἀμβλεῖα (ἀποκολλητὴρ) εἰσωθουμένη εἶτα ἠπίως ἀποκολλᾷ τὴν μεταξὺ ὀστοῦ καὶ σκληρᾶς μήνιγγος ἢ κολπικοῦ τοιχώματος σύνδεσιν. Ἀπελευθεροῦμεν οὕτω τὴν σκληρὰν μήνιγγα πρὸ καὶ ὄπισθεν τοῦ κόλπου μεθ' ὃ δι' ὀστεοτόμου λαβίδος ἀπελευθεροῦμεν τὸν κόλπον εἰς μείζονα ἔκτασιν τῆς πασχούσης κολπικῆς μοίρας, καὶ τοῦτο ὅπως εὐχερέστερον δυνάμεθα ἐπὶ τοῦ πάσχοντος κόλπου νὰ ἐπέμβωμεν καὶ ἐρευνήσωμεν, προσπαθοῦντες τὸ πρὸς τὸν βολβὸν κατώτερον ἄκρον τοῦ κόλπου μετὰ προσοχῆς νὰ ἀποχωρίζωμεν τῶν πέριξ διὰ τὸ λίαν λεπτοφυὲς τῆς μοίρας ταύτης τοῦ κόλπου, καὶ ἐν γένει προσπαθοῦμεν ὅπως 5-10

χμ. ὑγιᾶ τμήματα τοῦ κόλπου καὶ τῆς μήνιγγος ἀποκαλυφθῶσι πέριξ τῆς πασχούσης μοίρας τοῦ κόλπου.

Μετὰ τὴν εὕρεῖαν τοῦ κόλπου ἀπελευθέρωσιν, ἐρευνῶμεν ἐὰν ἐν αὐτῇ ὑπάρχῃ θρόμβος προσκεκολλημένος ἐπὶ τοῦ τοιχώματος αὐτοῦ ἀφίνων κενὸν αὐλὸν ἐν τῷ κόλπῳ ἢ ἐὰν ὑπάρχῃ τελεία τοῦ αὐλοῦ τοῦ κόλπου ἀπόφραξις ἐκ τοῦ ἐν αὐτῷ θρόμβου, πρὸς τοῦτο μεταχειριζόμεθα τὴν σύριγγα *Pravaz*, δοκιμαστικῶς παρακεντῶντες διὰ τῆς βελόνης της, δυστυχῶς ὅμως δὲν φθάνομεν πάντοτε διὰ τῆς παρακεντήσεως ταύτης εἰς ἀσφαλῆ ἀποτελέσματα, καθ' ὅτι τῆς βελόνης εἰσδυομένης ἐν τῷ προσκεκολλημένῳ θρόμβῳ κατὰ τὴν ἀναῤῥόφησιν, οὐδὲν ἀποκομίζομεν, τοὐναντίον ἀναῤῥοφῶντές τι, διερωτῶμεν τότε, ὑπάρχει προσκεκολλημένος θρόμβος ἐπὶ τοῦ τοιχώματος τοῦ ἀγγείου ἢ οὔ. Μόνον ἐὰν ἀναῤῥοφήσωμεν πῦον τότε ἔχομεν πρὸ ἡμῶν ἀποφράσσοντα θρόμβον.

Προτιμωτέρα μέθοδος εἶναι ἡ σχάσις τοῦ κόλπου διὰ μαχαιριδίου ἐπὶ ἐκτάσεως 1-2 χ.μ. ὁπότε τὸ αἷμα θὰ ἐκρέῃ κατ' ἀκτῖνα ἐπὶ φυσιολογικοῦ κόλπου, ἢ βραδέως καὶ κατὰ σταγόνας ἐπὶ στενώσεως ἐκ προσκεκολλημένου, εἰς τὸ τοίχωμα τοῦ κόλπου θρόμβου, ἐὰν οὐδὲν τούτων συμβῇ, τότε διευρύνομεν τὴν τομὴν τοῦ κόλπου 5-6 χ.μ., ὁπότε τοὺς ὑπάρχοντας θρόμβους ἀφαιροῦμεν διὰ κοχλιαρίου, ἐὰν καὶ τότε δὲν ἐπακολουθήσῃ αἱμορῤῥαγία κολπικὴ τότε πρόκειται περὶ ἀποφράσσοντος θρόμβου, ὁπότε ἐξακολουθοῦμεν τὴν ἐκκένωσιν τῶν θρόμβων μέχρις οὗ φθάσωμεν τὸ ἄκρον τοῦ θρόμβου, διανοίγοντες τὸ ἐξωτερικὸν τοίχωμα τοῦ κόλπου, ὁπότε ἀκολουθεῖ ἄφθονος αἱμορῤῥαγία ἣν ἐπέχομεν διὰ πιεστικῆς γάζης, ἀφοῦ προηγουμένως τὸ φλεγμαῖνον τοίχωμα τοῦ κόλπου ἀποκόψωμεν. Ἐὰν ὁ θρόμβος ἦναι προσκεκολλημένος εἰς τὸ πλάγιον τοίχωμα τοῦ κόλπου, τότε τοῦτον ἀφίνομεν εἰς τὴν θέσιν του, εἶτα ἐπιδένομεν τὸ τραῦμα κατὰ τοὺς γνωστοὺς χειρουργικοὺς κα-

νόνας. Κατὰ τὴν διάνοιξιν καὶ ἐκκένωσιν τοῦ κόλπου ἀπὸ τῶν θρόμβων, ἐὰν ἴδωμεν ὅτι ἡ ἐσωτερικὴ αὐτοῦ ἐπιφάνεια εἶναι λεῖα λάμπουσα ἢ φαιά, τοῦτο δηλοῖ καλῶς ἔχοντας τοὺς κατὰ βάθος ἱστούς, ἐὰν ὅμως ἡ ἐπιφάνεια αὕτη ἦναι πρασίνη εὔρηκτος καὶ φαιοπρασίνη, τοῦτο δηλοῖ πιθανώτατα ἐπιπλοκὴν ἐσωτερικῆς παχυμηνιγγίτιδος, ἢ μηνιγγοεγκεφαλίτιδος.

Ἐὰν διὰ τῶν ἀνωτέρων χειρουργικῶν ἡμῶν ἐπεμβάσεων δὲν φθάνωμεν εἰς τὸ ποθούμενον ἀποτέλεσμα, ἀλλὰ τοὐναντίον καὶ τὰ ῥίγη καὶ ὁ σηπτικὸς πυρετὸς ἐπιμένωσι, καὶ νέαι μεταστάσεις ἐμφανίζωνται, τότε ὀφείλομεν νὰ προβῶμεν πρὸς ἀπελευθέρωσιν τοῦ βολβοῦ τῆς σφαγίτιδος φλεβὸς καὶ διάνοιξιν αὐτοῦ, κατὰ τὰς διαφόρους χειρουργικὰς μεθόδους. Οὕτω ὁ *Grunert* προβαίνει ὡς ἑξῆς, μετὰ τὴν ἀφαίρεσιν τῆς κορυφῆς τῆς μαστοειδοῦς ἀποφύσεως καὶ εὕρεῖαν ἀπελευθέρωσιν τοῦ σιγμοειδοῦς κόλπου, ἀπολίνωσιν τῆς ἐσωτερικῆς σφαγίτιδος, προχωρεῖ πρὸς τὴν κρανιακὴν βάσιν βαθέως μέχρι τοῦ πλαγίου ὀστεώδους τοιχώματος τοῦ σφαγιτιδικοῦ τρήματος, ἀποσυρομένων πρὸς τὰ πρόσω, δι' ἀμβλέως ἀγκίστρου τῶν μαλακῶν μορίων, ἀκολουθῶν οὕτω τὸν σιγμοειδῆ μέχρι τοῦ βολβοῦ. (Ἐνδεχόμενον κατὰ τὰς ἐπεμβάσεις ταύτας νὰ ἐπέλθῃ τραυματισμὸς τοῦ προσωπικοῦ νεύρου). Εἶτα διὰ τῆς ὀστεοτόμου λαβίδος τοῦ *Luer* ἢ διὰ τῆς σμήλης καὶ τῆς σφύρας ἀφαιροῦμεν τὴν ὀστεώδη γέφυραν τὴν ἀποτελουμένην ἐκ τοῦ ὀπισθίου ὀστεώδους χείλους τοῦ σφαγιδιτικοῦ τμήματος καὶ τοῦ ἐλευθερωθέντος σιγμοειδοῦς κόλπου, καὶ οὕτω ὁ βολβὸς εἶναι προσιτός, ὁπότε δυνατὸν τὴν τομὴν ἀπὸ τοῦ σιγμοειδοῦς κόλπου κατὰ μῆκος νὰ ἐπεκτείνωμεν πρὸς τὰ κάτω, διανοίγοντες οὕτω τὸν βολβὸν καὶ τὴν ἐσωτερικὴν σφαγίτιδα φλέβα. Ἐνίοτε ἀφαιροῦμεν τὴν ἐγκαρσίαν ἀπόφυσιν τοῦ ἄτλαντος ὡς στενοῦσαν τὸ χειρουργικὸν πεδίον, προσέχοντες ὅπως μὴ διὰ τῆς ὀστεοτόμου λαβίδος συλλάβωμεν

πολὺ βαθέως τὴν ἐγκαρσίαν ἀπόφυσιν, διότι εὐκόλως δυνάμεθα νὰ τρώσωμεν τὴν διὰ τοῦ ἐγκαρσίου τρήματος διερχομένην σπονδυλικὴν ἀρτηρίαν. Οὕτω κατορθοῦμεν νὰ ἀπελευθερώσωμεν τὸν βολβόν.

Μετὰ τὴν ἀνωτέρω ἐπιμήκη τομὴν τοῦ κόλπου βολβοῦ καὶ σφαγίτιδος φλεβός, ἐκκενοῦμεν τοὺς ὑπάρχοντας θρόμβους, καὶ οὕτω μεταβάλλομεν τὸν σιγμοειδῆ κόλπον βολβὸν καὶ σφαγίτιδα φλέβα εἰς αὔλακα ἐπιμήκη ἀνοικτὴν πρὸς τὰ ἔξω τοῦ τραύματος, καὶ μὲ βάσιν τὸ ἐσωτερικὸν τοίχωμα τοῦ κόλπου βολβοῦ καὶ ἐσωτερικῆς σφαγίτιδος. Ἡ τομὴ τοῦ δέρματος κατὰ τὴν ἄνω ἀποκάλυψιν, ἐπεκτείνεται ἀπὸ τοῦ προσθίου χείλους τοῦ στερνοκλειδομαστοειδοῦς μυός, πρὸς τὰ ἄνω μέχρι τῆς ὀπισθίας κλασσικῆς μαστοειδοῦς τομῆς. Ὁ *Voss* ἐκτελεῖ τὴν ἐγχείρησιν τῆς διανοίξεως τοῦ βολβοῦ ὡς ἑξῆς : Ἐν πρώτοις ἀπελευθερώνει τὸν σιγμοειδῆ κόλπον πρὸς τὰ κάτω μέχρι τοῦ βαθυτέρου ἄκρου του πρὸς τὸν βολβόν, ἀφαιρῶν διὰ τῆς ὀστεοτόμου λαβίδος τὸ ὀστοῦν καὶ ἀποφεύγων τὸν τραυματισμὸν τοῦ προσωπικοῦ νεύρου, μετὰ ταῦτα εἰσάγει διὰ τοῦ διανοιχθέντος αὐλοῦ τοῦ κόλπου μετὰ προσοχῆς μήλην πρὸς τὸν βολβὸν καὶ προσκρούει πρὸς τὸ πρόσθιον τοίχωμα τῆς σφαγιτιδικῆς κοιλότητος, καὶ οὕτω μετρᾷ πόσον μακρὰν ἀπὸ τοῦ τοιχώματος τούτου εὑρίσκεται, τότε ἀφαιρεῖ τὴν ἀμέσως ἄνω τοῦ ἐλευθερωθέντος κόλπου ὀστεώδη ἐπιφάνειαν περίπου μέχρι 0,5 ἑκ.μ. πρὸς τὸν ὀπίσθιον ἡμικύκλιον σωλῆνα, καὶ οὐχὶ περισσότερον, ὅπως μὴ τρώσῃ αὐτόν, ἤτοι ἀφαιρεῖ τὸ ὀπίσθιον τοίχωμα τοῦ σφαγιτιδικοῦ βόθρου μέχρι τῆς ὀροφῆς τοῦ βολβοῦ, εἶτα ἀφαιρεῖ καὶ τὰ ὑπόλοιπα ὀστεώδη τμήματα τὰ περὶ τὸν βολβόν, ὅπως τοῦτον πλεῖον ἀπελευθερώσῃ, κατόπιν ἐνεργεῖ ὅπως καὶ εἰς τὴν προαναφερθεῖσαν μέθοδον. Ἡ μέθοδος τοῦ *Pi///l* σκοπεῖ τὴν ἀπελευθέρωσιν τῆς κορυφῆς τοῦ βολβοῦ, διὰ τῆς ἀφαιρέσεως τοῦ κάτω ὀστεώδους τοιχώματος τοῦ ἐξωτερικοῦ ἀκουστικοῦ πόρου, καὶ

τοῦ ἐδάφους τῆς τυμπανικῆς κοιλότητος, μεθ' ὃ προβαίνει εἰς τὴν παρασκευὴν τῶν μαλακῶν μορίων μέχρις οὗ φθάσῃ μέχρι τῆς σφαγίτιδος φλεβός. Ἡ μέθοδος τοῦ *Tandler* διευκολύνει τὴν ἀπελευθέρωσιν τοῦ βολβοῦ διὰ τῆς ἑνώσεως τῆς ὀπισθωτικῆς τομῆς μετὰ τῆς ἀπολινώσεως τῆς σφαγίτιδος φλεβὸς καὶ τῆς πρὸς τὸ ὀπίσω ὁλκῆς τοῦ στερνοκλειδομαστοειδοῦς. (Οὕτω ἀποφεύγομεν τὸν τραυματισμὸν τοῦ προσωπικοῦ καὶ παραπληρωματικοῦ νεύρων).

Τὴν παροχέτευσιν τοῦ κόλπου ὁ *Alexander* ἐνεργεῖ παρακολουθῶν τὸν σιγμοειδῆ κόλπον ὑπὲρ τὸ κατώτερον αὐτοῦ γόνυ, ὁπόθεν εἰσδύει μέχρι τοῦ βολβοῦ, δι' ἐγκαρσίας δὲ τομῆς τοῦ κόλπου παρασκευάζει εὐρεῖαν εἴσοδον εἰς τὸν βολβόν, τὸν ὁποῖον ἐκκενεῖ διὰ κοχλιαρίου ἀπὸ τῶν ἐμπεριεχομένων θρόμβων καὶ λοιπῶν μαζῶν, μεθ' ὃ εἰσάγει ἐν αὐτῷ θρυαλίδα ἰωδοφορμίου διευκολύνουσαν τὴν παροχέτευσιν τοῦ βολβοῦ, ἐνῶ συγχρόνως τὸ δερμικὸν συρίγγιον τῆς σφαγίτιδος *(Alexander)* διευκολύνει τὴν ἐκ τῶν κάτω παροχέτευσιν τοῦ βολβοῦ.

Τὸ δερμικὸν σφαγιδιτικὸν συρίγγιον ὁ *Alexander* τελεῖ κατὰ τὴν ἐγχείρησιν τῆς θρομβοφλεβίτιδος ἢ 1—3 ἡμέρας μετ' αὐτήν. Ἡ ἀπολίνωσις τῆς σφαγίτιδος γίνεται ὡς ἑξῆς: Τοποθετοῦμεν τὸν ἄρρωστον πλαγίως ἐπὶ τοῦ ὑγιοῦς ἡμιμορίου τῆς κεφαλῆς, ἀνυψῶμεν τὸν λαιμόν του διὰ τοποθετήσεως καταλλήλως πρυσκεφαλαίου καὶ οὕτω ἡ κεφαλὴ κλίνει πρὸς τὸ ὑγιὲς μέρος, ὁπότε κατὰ τὸ ***μέσον*** τριτημόριον τοῦ τραχήλου φέρομεν τομὴν παραλλήλως πρὸς τὸ πρόσθιον χεῖλος τοῦ στερνοκλειδομαστοειδοῦς καὶ ἀναζητῶμεν ἐν τῇ θήκῃ τῶν ἀγγείων τὸ ἐξωτερικὸν τοίχωμα τῆς σφαγίτιδος, ἐὰν ἡ κοινὴ προσωπικὴ φλὲψ κεῖται μᾶλλον πρὸς τὰ κάτω ἤτοι πρὸς τὴν καρδίαν, τότε ἀποφεύγεται ἡ ἀπολίνωσις αὐτῆς, ἐὰν ὅμως ἡ προσωπικὴ κεῖται ὑψηλότερον καὶ δὲν εἶναι δυνατὸν νὰ διατηρηθῇ, τότε ἀπολινοῦται αὕτη διπλῶς καὶ διατέμνεται. Ἐὰν εἰς τὴν σφαγίτιδα φλέβα

εὕρωμεν κυκλοφοροῦν αἷμα, τότε ἀπολινοῦμεν διπλῶς καὶ μεταξὺ τῶν δύο ῥαμμάτων ἀποκόπτομεν τὴν σφαγίτιδα, μετὰ 24 δὲ ὥρας ἀφαιροῦμεν τὴν περιφερικὴν ἀπολίνωσιν καὶ εἶτα ἐκτελοῦμεν τὸ δερμικὸν συρίγγιον, συῤῥάπτοντες τὸ περιφερικὸν τμῆμα τῆς σφαγίτιδος φλεβός, ἐν ᾧ τὴν κεντρικὴν ἀπολίνωσιν ἀφαιροῦμεν μετὰ 8 - 10 ἡμέρας. Ἐὰν εὑρεθῇ ἡ ἐσωτερικὴ σφαγῖτις κενὴ μὲ ὑγιᾶ τοιχώματα τότε προβαίνομεν εἰς τὸν σχηματισμὸν τοῦ δερμικοῦ συριγγίου. Εὑρίσκοντες εἰς τὴν σφαγίτιδα θρόμβους ἢ πῦον μὲ τοιχώματα αὐτῆς πεπαχυσμένα φλεγμονωδῶς, ἀπελευθεροῦμεν ταύτην πρὸς τὴν καρδίαν, μέχρις οὗ εὕρωμεν τοίχωμα ὑγιές, ὁπότε ἀπολινοῦμεν βαθύτατα τὴν σφαγίτιδα πρὸς τὴν καρδίαν καὶ ῥάπτομεν τὸ περιφερικὸν ἄκρον τῆς σφαγίτιδος μετὰ τοῦ δερμικοῦ χείλους τοῦ τραύματος. Ἐὰν εὕρωμεν πυώδη φλεβίτιδα καὶ νεκρώσεις, ἀφαιροῦμεν τὴν σφαγίτιδα ἀποκολλῶντες αὐτὴν ἀπὸ τῶν πέριξ μαλακῶν μορίων καὶ διατηροῦμεν τὸ τραῦμα χαῖνον εἰσαγομένων θρυαλίδων πρὸς τὸν βολβὸν ἐκ τῶν κάτω. Σκοπὸς τῆς ἐγκαταστάσεως τοῦ συριγγίου τῆς σφαγίτιδος φλεβὸς εἶναι ὁ κατὰ τὴν ἀποθεραπείαν διὰ φυσιολογικοῦ ὀῤῥοῦ ἀπεστειρωμένου, ἥπιος διακλεισμὸς τοῦ τμήματος τούτου τῆς φλεβὸς πρὸς τὸν βολβὸν τῆς σφαγίτιδος φλεβὸς καὶ τἀνάπαλιν. Ἐπὶ θρομβοφλεβίτιδος τῆς σφαγίτιδος γαγγραινώδους ἐνδείκνυται ἡ ἀφαίρεσις ταύτης, ὅσον τὸ δυνατὸν ὑψηλότερον καὶ πρὸς τὰ κάτω μέχρι τοῦ ὑγιοῦς. Ἡ πρώτη ἀλλαγὴ τῶν ἐπιδέσμων γινομένη κάλλιον δι' ἰωδοφορμούχων βαμβακίνων, θρυαλίδων (φιτῦλι), δέον νὰ γίνεται ὁσάκις ὁ πυρετὸς κατέρχεται λυτικῶς τὴν 4—6 ἡμέραν ἀπὸ τῆς ἐγχειρήσεως, κατόπιν δὲ καθ' ἑκάστην.

Πλὴν ὁσάκις τὰ σηπτικὰ φαινόμενα ἐπιμένουσι καὶ ὑπάρχει ὑποψία ὅτι ἡ πυώδης ἑστία δὲν ἀφῃρέθῃ ἐξ ὁλοκλήρου, ἐπιβάλλεται ἡ ἀφαίρεσις τοῦ ἐπιδέσμου ἐν τῷ χειρουργείῳ καὶ ἡ περαιτέρω ἀναζήτησις τῆς ὑπολειφθείσης

καὶ νέας ἑστίας ἀναλόγως τῶν συμπτωμάτων. Ἡ διάρκεια τῆς νόσου ποικίλει ἀπὸ 4—8 ἑβδομάδας.

Ἐπὶ θρομβώσεως τοῦ ἄνω λιθοειδοῦς κόλπου συνιστᾶται ὑπὸ τοῦ *Shemeley* νὰ μὴ διστάζωμεν νὰ θυσιάζωμεν καὶ τὸν λαβύρινθον (!), ὅπως ἐξ ὁλοκλήρου ἀφαιρέσωμεν τὸν θρόμβον. Ἐν περιπτώσει τυχαίου τραυματισμοῦ τοῦ κόλπου κατὰ τὴν ἐγχείρησιν καὶ αἱμορραγίαν, δέον ποτὲ νὰ μὴ διακόπτωμεν τὴν ἐγχείρησιν ἀλλὰ νὰ περατοῦμεν ταύτην ἀποκαλύπτοντες εἰς εὐρεῖαν κλίμακα τὸν κόλπον, καταστέλλοντες τὴν τυχαῖαν αἱμορραγίαν διὰ πιέσεως τοῦ αἱμορρογοῦντος τμήματος, ἐν περιπτώσει θρομβώσεως τῆς προσθίας κονδυλοειδοῦς φλεβὸς ἀφαιροῦμεν κατὰ τὸν *Kümmel* τὸ βασικὸν τμῆμα (κονδυλικὸν) τοῦ ἰνιακοῦ ὀστοῦ, εἰς τρόπον ὥστε μεταξὺ τοῦ ἀποκαλυφθέντος τμήματος καὶ τῆς διαρθρώσεως παραμένει λεπτὸν ὀστέϊνον πέταλον (ἡ ἀπολίνωσις τῆς ἔσω σφαγίτιδος προηγεῖται). Φρονοῦμεν ὅτι εἰς τὰς περιπτώσεις ταύτας ἐνδείκνυται ἡ ἀπολίνωσις καὶ τῆς ἔξω σφαγίτιδος φλεβός.

Καίτοι ἡ χειρουργικὴ ἐπέμβασις κατὰ τὰ ἀνωτέρω ἐκτεθέντα ἀποτελεῖ τὴν πραγματικὴν καὶ ἀπαραίτητον ἀπαρχὴν πάσης θεραπείας τῆς θρομβοκολπίτιδος, καὶ τῆς ἐκ ταύτης ἢ πρωτοπαθοῦς (ἄνευ θρομβοκολπίτιδος) ἐξ ἁπλῆς μαστοειδίτιδος) ὠτογενοῦς σηπτικῆς μικροβιαιμίας, οὐχ' ἧττον ἡ ἐκ παραλλήλου βαίνουσα γενικὴ τόνωσις τοῦ ὀργανισμοῦ τοῦ πάσχοντος καὶ ὑποστήριξις τῆς χειρουργικῆς ἐπεμβάσεως καὶ δι' ἄλλων μέσων φαρμακευτικῶν καὶ ἐμβολιοθεραπείας, πρὸς ἀποστείρωσιν οὕτως εἰπεῖν καὶ ἀνοσοποίησιν τοῦ πάσχοντος κατὰ τοῦ παθογόνου παράγοντος δέον νὰ μὴ παραμελῆται, τόσον μᾶλλον καθ' ὅσον, ἀφ' ἑνὸς ὡς καὶ ἐπὶ πάσης νόσου ἡ ἴασις ἐξαρτᾶται κατὰ μέγα μέρος καὶ ἐκ τῆς ἀντοχῆς τοῦ ὀργανισμοῦ, κατὰ δεύτερον δὲ λόγον κατὰ τῆς σηπτικῆς μικροβιαιμίας καὶ ἐπὶ ἀπροσίτων χειρουργικῶς μεταστάσεων ταύτης ἡ χειρουργικὴ ἐπέμβασις δὲν ἐπαρκεῖ.

Ἡ κατάκλισις τοῦ πάσχοντος εἶναι ἀπαραίτητος, ἀποφυγὴ κοπώσεως τοῦ ἀῤῥώστου ἐπὶ σηπτικῆς μικροβιαιμίας δέον νὰ ἐξακολουθῇ καὶ κατὰ τὸ στάδιον τῆς ἀναῤῥώσεως, λόγῳ τῆς βλάβης τὴν ὁποίαν ὑφίστανται τὰ ἐσωτερικὰ ὄργανα κατὰ ταύτην (λιπώδης ἐκφύλισις τοῦ καρδιακοῦ μυὸς κ.λ.π.).

Ἡ τροφὴ δέον νὰ ἦναι ἀφθονωτάτη τονωτικὴ (35—40 θερμίδας κατὰ χιλιόγραμμον βάρους σώματος) καὶ ποικίλλη πρὸς καταπολέμησιν τῆς ἀνορεξίας, τὴν δὲ ὄρεξιν καὶ διὰ παροχῆς πικρῶν κ λ.π. νὰ ὑποστηρίζωμεν (βάμματος ἐμετικῶν καρύων 10—15 σταγόνας πρὸ τοῦ φαγητοῦ).

Τὸ στόμα δέον νὰ διατηρῆται πάντοτε καθαρὸν δι' ἐπιμελοῦς καθαρισμοῦ τῶν ὀδόντων, οὔλων καὶ τῆς γλώσσης. Ἄριστον μέσον κατὰ τῆς ἐπιχρίστου γλώσσης εἶναι ἡ τριβὴ ταύτης διὰ φλοιοῦ λεμονίου ἢ κατὰ τὸν *Lenharz* διὰ μασήσεως καὶ κατόπιν ἀποπτύσεως ξηροῦ διπυρίτου ἄρτου. Ὁ ἐντερικὸς σωλὴν δέον νὰ λειτουργῇ κανονικῶς ὑποβοηθουμένων ἐν ἀνάγκῃ τῶν κενώσεων κάλλιον διὰ διακλυσμοῦ. Κατὰ τῆς κατὰ τὴν σηπτικὴν μικροβιαιμίαν παρατηρουμένης εὐκοιλιότητος δέον νὰ χορηγῆται δεψολεύκωμα (*tanalbine* 0.50—1 δ' ἡμέρας) ἢ καὶ μετὰ ὀπίου. Τὸ οἰνόπνευμα εἰς μικρὰς ποσότητας δὲν βλάπτει τοὐναντίον καὶ τὴν καρδίαν τονοῖ καὶ τὴν ὄρεξιν αὐξάνει. Οὕτω χορηγοῦμεν καμπανίτην εἰς μικρὰς ποσότητας ἢ γλυκεῖς παλαιοὺς οἴνους (*Bordeaux*, Κύπρου, Ἀχαΐας) ἢ Φαρμακευτικοὺς (*Vial*, *Kola* κλπ.) Κατὰ τοῦ ὑψηλοῦ πυρετοῦ ἐκτελοῦμεν ψυχρὰς περιτυλίξεις ἢ λουτρὰ χλιαρὰ ψήχοντες βαθμηδὸν αὐτά, ἀποφεύγοντες κατὰ τὸ δυνατὸν τὰ ἀντιπυρετικὰ φάρμακα (*Leschke*). Πρὸς τόνωσιν τῆς καρδίας χορηγοῦμεν 2—3 τῆς ἡμέρας ἐνέσεις 2—4 κ. ἑκ. καμφορούχου ἐλαίου μετὰ 0,50 καφεΐνης ἐκ παραλλήλου δὲ δακτυλίτιδα (*pulver digitalis*, *digalène* ἢ *digipurati*). Ἐν περιπτώσει μάλιστα ἀρυθμίας τοῦ σφυγμοῦ στροφανθίνην (3 *milligr* ἐνδοφλεβίως).

Ὑπὸ τοῦ *Bürzel'o* συνιστᾶται ἐπὶ σηπτικῆς μικροβιαιμίας ἡ λῆψις τῆς θερμοκρασίας συγχρόνως ἀπὸ τῆς μασχάλης καὶ τοῦ ἀπευθυσμένου. Ἐπὶ ἀρχομένης ἐξασθενήσεως τῆς καρδίας ἡ διαφορὰ τῆς θερμοκρασίας κυμαίνεται μεταξὺ 2—3°, εἰς τὰς περιπτώσεις ταύτας καὶ ἐπὶ ἄλλων συμπτωμάτων καρδιακῆς ἐξασθενήσεως συνιστᾶται ὑπὸ τοῦ ἰδίου ἡ ἔνεσις τρὶς τῆς ἡμέρας 1 ε.κ. ἐκ *Digalen* (ἐνδοφλεβίως). Ἡ μέθοδος αὕτη εἶναι ἐλάχιστα ἐρεθιστική, πλὴν ἔχει τὸ μειονέκτημα ὅτι δέον πάντοτε νὰ ἐκτελῆται ὑπὸ τοῦ ἰατροῦ.

Ὁ ἄῤῥωστος δέον νὰ ἀναπνέῃ κανονικῶς προσλαμβάνων πάντοτε καθαρὸν ἀέρα δι' οὗ ἐνδείκνυται ἀπὸ καιροῦ εἰς καιρὸν ἡ χορήγησις ὀξυγόνου πρὸς ἀναπνοήν. Κατὰ ἀρχομένης βρογχίτιδος, παρέχομεν εἰσπνοὰς καὶ ἐσωτερικῶς *Camphor. Acid. benzoic ää.* 0,05 τρὶς τῆς ἡμέρας.

Κατὰ τῆς ἐλαττώσεως τῆς ἀρτηριακῆς πιέσεως ἐπινεφριδίνην *(suprarrenin 1 milgr.* ὑποδορείως) ἢ ἐκχυλίσματα τῆς ὑποφύσεως *(Hypophisin, Pituiglandol, Pituitrin) (Leschke)*,

Κατὰ τὸν *Hahn* τὴν μικροβιοκτόνον δύναμιν τοῦ αἵματος αὐξάνομεν ἐκτελοῦντες ἀφαίμαξιν, συνεπείᾳ τῆς ὁποίας εἰσέρχεται νέα λέμφος ἐν τῷ αἵματι. Ἡ ἐξέτασις τῆς λειτουργίας τῶν νεφρῶν δέον νὰ μὴ παραμελῆται. Δέον ἐπανειλημμένως νὰ ἐκτελοῦνται πλήρεις ἐξέτασις τῶν οὔρων. Ἡ ἀνεύρεσις μεγάλων ποσοτήτων μικροβίων ἐν τῷ οὔρῳ δηλοῖ κακὴν λειτουργίαν τῶν νεφρῶν. Ὡς ἀντισηπτικὸν τῶν νεφρῶν χορηγοῦμεν *Urotropin* ἢ *Neohexal* (2—3 γραμ. ἡμερησίως), ὡς διουρητικὸν τὴν *Diuretine* κτλ. Ἀλλὰ καὶ περὶ τοῦ ὕπνου τῶν ἀῤῥώστων δέον νὰ φροντίζωμεν χορηγοῦντες κάλλιον ὑδροχ. χλωράλην *(Chloralhydral)* 10% 10—15 κ. ἐκ δι' ὑποκλυσμοῦ πρὸς τὴν ἑσπέραν, ἀποφεύγομεν κατὰ τὸ δυνατὸν τὴν Μορφίνην κλπ.

Κατὰ τὸν *Leschke* ἐπὶ σηπτικῆς μικροβιαιμίας χορηγοῦμεν ὡς ἐσωτερικὰ ἀντισηπτικὰ μεγάλα ποσὰ ὕδατος καὶ ἐν

γένει ὑδαρῶν οὐσιῶν. Πρὸς τοῦτο δυνάμεθα νὰ ὑποβάλλωμεν τὸν ἄῤῥωστον εἰς σταγονοκλύσματα *(Tropfeuklystеren)* ἐκ διαλύματος σταφυλοσακχάρου 5% καὶ ὕδατος. Ἐπίσης ὑποδορίους ἐνέσεις διαλύματος φυσιολογικοῦ ὀῤῥοῦ χρησιμεύοντος συγχρόνως καὶ εἰς καρδιοτόνωσιν. Ὁ *Jakowitsch* συνιστᾷ τὴν ἐνδοφλέβειον ἔνεσιν 500—600 κ.ἑκ. ἀπεστειρωμένου ὕδατος, ἐπιφέροντος ῥῖγος καὶ πτῶσιν τοῦ πυρετοῦ.

Ὁ *Barrow* ἀναφέρει περίπτωσιν ἰάσεως στρεπτοκοκκικῆς σηπτικῆς μικροβιαιμίας δι' ἐνδοφλεβείου ἐνέσεως 50 κ. ἑκ. διαλύματος φορμαλίνης 1:800. Ὁ *Foschier, Kocher* κλπ. συνιστῶσι τὴν πρόκλησιν ἀσήπτου τεχνητοῦ ἀποστήματος ἐπὶ τῆς ἐξωτερικῆς ἐπιφανείας τοῦ μηροῦ, διὰ τῆς ὑποδορείου ἐνέσεως, τερεβινθελαίου. Πρὸς αὔξησιν τῆς λευκοκυτταρώσεως τοῦ ὀργανισμοῦ συνιστῶσιν ὁ *Mikulitz Miyake* τὴν ὑποδόρειον ἔνεσιν *Nucleuisäure* 5—20 ἑκ. ἢ τὴν ἐσωτερικὴν παροχὴν *Nucleogen Rosenberg* (2—3 *tablettes* ἡμερησίως). Ἐνέσεις ἢ ἐσωτερικῶς *Phagocytin (natr. nuclein)*. Τὰ ὑπὸ τοῦ *Credé* τὸ πρῶτον καὶ ὑπὸ ἄλλων κατόπιν λίαν φημισθέντα κολλοειδῆ παρέχουσιν εἴς τινας περιπτώσεις ἐνθαρυντικὰ ἀποτελέσματα. Ὡς τοιοῦτον εἶναι μᾶλλον διαδεδομένον καὶ δεδοκιμασμένον τὸ *Elektrargol* οὕτινος ἐνίεμεν 5—10—20 κ. ἑκ. ἐνδοφλεβίως δι' ἡμέρας, ἐπίσης τὸ ὑπὸ τοῦ *Wirgler* καὶ ἄλλων συσταθὲν *Dispargen* λόγῳ τῆς μεγίστης σμικρότητος τῶν μορίων τοῦ ἐναιωρήματος τούτου φαίνεται παρέχον καλὰ ἀποτελέσματα.

Αἱ ἰδιότητες τοῦ κολλοειδοῦς ἀργύρου συνίστανται 1ον εἰς τὴν ἰδιότητα αὐτοῦ νὰ ἑνοῦται πρὸς τὰς τοξίνας καὶ ἐξουδετεροῖ αὐτάς. 2ον εἰς τὴν μεγάλην μικροβιοκτόνον αὐτῶν δύναμιν (λ.χ. τὸ *Dispargen* παρεμποδίζει τὴν ἀνάπτυξιν τοῦ σταφυλοκόκκου καὶ στρεπτοκόκκου ἐν ἀσκητικῷ ὑγρῷ ἀκόμη καὶ ἐν διαλύσει 1.5000). 3ον ὅτι καταστρέφει

τὰ λευκὰ αἱμοσφαίρια ἀπελευθερώνων ἀλεργικὰς οὐσίας ἀφ' ἑνός, ἀφ' ἑτέρου δὲ παρακινεῖ εἰς τὴν παραγωγὴν νέων. Ἀλλὰ καὶ ἄλλας ἀκόμη ἰδιότητας κέκτηται Τοῦ *Dispargen* ἐνίεμεν ἐνδοφλεβίως 5—10 κ. ἑκ. (2%). Πλὴν τούτων εὑρίσκονται ἐν τῷ ἐμπορίῳ καὶ τὸ *Argaloxyl (p.—Amido phénylarsinsaueres Silber)* ὡς καὶ τὸ *Argochrom (Methylenblausilber) (Edelmann— üller—Deham).* Τὸ τελευταῖον τοῦτο ἐνίεμεν ἅπαξ τῆς ἡμέρας, 0,2 *gr.* ἐνδοφλεβίως (ἐκ 10—20 κ. ἑκ. ἀπεσταγμένου καὶ ἀπεστειρωμένου ὕδατος (οὐχὶ φυσιολογικοῦ ὀρροῦ !) *Leschke*) 40—50° ὅπερ ἀνασείομεν καλῶς καὶ διηθοῦμεν δι' ἀπεστειρωμένου βάμβακος μεθ' ὃ ἔτι θερμὸν ἐνίεμεν. Τὸ τοιοῦτον δυνάμεθα καὶ ὑποδορίως ἢ ἐνδοφλεβίως νὰ ἐνέσωμεν (εἰς τὴν ἐξωτερικὴν ἐπιφάνειαν τοῦ μηροῦ), ἀναῤῥοφῶντες προηγουμένως ἐν τῇ σήριγγι, ἐν ὀλίγῳ ἀπεσταγμένῳ καὶ ἀπεστειρωμένῳ ὕδατι διαλυθεῖσαν πλακίδα *Tropacocaïnum hydrochlorieum* 0,03 *gr.* Διὰ τοῦ *Argochrom* ἔσχον τινὲς καλὰ ἀποτελέσματ. *(v, Herff, Arnstein, Kühnel Schäfer).*

Ἡ ὑπὸ τοῦ *Morgenroth* εἰσαχθεῖσα θεραπεία τῆς σηπτικῆς μικροβιαιμίας διὰ τῶν προϊόντων τῆς κινίνης *(Chininderivaten),* ἐπεξετάθη ἐσχάτως μετὰ λίαν ἐνθαρυντικῶν ἀποτελεσμάτων. Τοιαῦτα ἀλκαλοειδῆ εἶναι ἡ *Optochin (Aethylhydrocuprein),* ἡ *Eucupin (isoamylhydrocuprein),* καὶ ἡ *Vuzin, (Isoochtylhydrocuprein)* συνιστᾶται ἰδίως κατὰ τῶν διὰ πνευμονοκόκκων σηπτικῶν μικροβιαιμιῶν. Πλὴν τούτων ἐπιδρᾷ κατὰ δεύτερον λόγον καὶ κατὰ τῆς ἐκ Στρεπτοκόκκου τοῦ βλενώδους. *(Strepto-pneumo coccus mucosus),* γονοκόκκου καὶ πνευμονοκόκκου. Παρέχεται ἐσωτερικῶς κατὰ τρίωρον 0,20—25 γραμμ. *(Optochinum basicum.* Ἀπαιτεῖται προσοχὴ λόγῳ τῶν νευριτίδων τοῦ ὀπτικοῦ καὶ τοῦ ἀκουστικοῦ νεύρου τὰς ὁποίας προκαλεῖ. Ἡ ὑδροχλωρικὴ *Optochin* δέον **νὰ μὴ** χορηγῆται ἐσωτερικῶς, γενικῶς δὲ ἀπαγορεύεται ἡ λῆψις αὐτῆς εἰς κενὸν στόμαχον.

Τῆς *optochinin salicylester* χορηγοῦμεν ἡμερησίως 6×0,4—5. Τῆς *optochinum tannic Q.* 05—75.

Εἰς βαρείας περιπτώσεις συνιστᾶται ὑπὸ τοῦ *Meyer* ἡ ἐν καμφορούχῳ ἐλαίῳ διάλυσις ὑδροχλωρικῆς *optochin.* Ὑπὸ τοῦ *Leschke* συνιστᾶται ἡ *Optochin* καὶ εἰς τὰς μεταστατικὰς μηνιγγίτιδας (ἐνδοραχιαίως) (20—40 κ. ἑκ. 1)2% ὑδοχλωρ. *Optochin*).

Ὑπὸ τοῦ *Wolf* κλπ. ἀναφέρονται τοιαῦται ἰαθεῖσαι περιπτώσεις. Ἡ *Eucupin* συνιστᾶται κατὰ τῆς διὰ σταφυλοκκόκου καὶ στρεπτοκόκκου σηπτικῆς μικροβιαιμίας *(Leschke).*

Ἡ *Vuzin* ἐνεργεῖ κατὰ τοῦ στρεπτοκόκκου καὶ σταφυλοκόκκου ἔτι ἰσχυρότερον τῆς *Eucupin.* Ἡ *Vuzin* συνιστᾶται ὑπὸ τοῦ *Fleischmann, Link, Birkholz,* κλπ. εἰς τὴν ὠτογενῆ μηνιγγίτιδα. ἀλλὰ περὶ τούτου θέλομεν διαπραγματευθῆ ἐν τῷ εἰδικῷ κεφαλαίῳ. Ἀλλὰ καὶ ἡ κινίνη (*quinini bimuriatici* 0.50) ἐνδοφλεβίως (ὡς κατὰ τὴν ἑλονοσίαν) παρεχομένη δίδει καλὰ ἀποτελέσματα ἰδίως ἐν συνδιασμῷ μετὰ τῆς ἐμβολιοθεραπείας.

Πλὴν τῶν ἀνωτέρω καὶ ἡ οὐροτροπίνη ἐνδοφλεβίως (10—20 κ. ἑκ. ἡμερησίως) παρεχομένη βοηθεῖ ἐνίοτε. Ἐπίσης χορηγεῖται καὶ ἡ *tripaflavine* ἐνδοφλεβίως. Ἐν τῇ σηπτικῇ μικροβιαιμίᾳ, πλὴν τῶν ἀνωτέρω μέσων διαθέτομεν ἐν συνδιασμῷ πολλάκις μετὰ τούτων ἐφαρμοζομένην τὴν ὀρροθεραπείαν καὶ τὴν ἐμβολιοθεραπείαν.

Τὰ διάφορα εἴδη τῶν πολυδυνάμιων ἀντιστρεπτοκοκκικῶν ὀρρῶν. *(Institut Bern, Pasteur, Paltauf* κτλ.) παρέχομεν ὑποδορείως (50—100 κ. ἑκ. ἢ καὶ πλέον) ἢ ἐνδοφλεβίως (κατὰ ταύτην δέον ὁ ὀρρὸς νὰ μὴ περιέχῃ φανικὸν ὀξύ), προσέχοντες πάντοτε μήπως ὁ ἄρρωστος ὑπέστη ἤδη προηγουμένως ἔνεσιν ὀρροῦ ἵππου, διὰ τὸν φόβον ἀναφυλακτικῆς προσβολῆς. Εἰς τὰς περιπτώσεις ταύτας ἐνεργοῦμεν κάλλιον κατὰ *Besredka* ἐνίεντες μικρὰς ποσότητας ὀλίγον

προηγουμένως πρὸς πρόσκλησιν ἀντιαναφυλαξίας *(antianaphylaxie)*. Τοὺς ὀρροὺς τούτους ἐνίεμεν καὶ ἐνδοραχιαίως ἐπὶ μεταστατικῆς μενιγγίτιδος ἐκ σηπτικῆς μικροβιαιμίας.

Καὶ δι' ἐνέσεως μεγάλων ποσοτήτων ὀρροῦ φυσιολογικοῦ ἀνθρώπου (210—480 κ ἑκ.) μετὰ προηγουμένην ἀφαίμαξιν (*Benecke*) παρετηρήθησαν ἰάσεις κατὰ τὴν σηπτικὴν μικροβιαιμίαν. Ἐπίσης ὀρρὸς ἀναρρωνυόντων ἀν-θρώπων δίδει ἐνίοτε καλὰ ἀποτελέσματα (*Lenharz*), (μετὰ τὴν ἀφαίρεσιν τῆς ἰνικῆς καὶ τῶν αἱμοσφαιρίων).

Οἱ ἀντιστρεπτοκοκκικοὶ ὀρροὶ ἐνδείκνυνται κυρίως κατὰ τῆς στρεπτοκοκκικῆς μολύνσεως, ἀλλὰ καὶ κατὰ σταφυλοκοκκικῆς καὶ πνευμονοκοκκικῆς τοιαύτης παρέχουσι κατὰ τινας (*Eichorst*, *Kisiner*) θεραπευτικὰ ἀποτελέσματα. Ὑπὸ τοῦ *Bömer* καὶ εἶτα καὶ ὑπὸ ἄλλων κατεσκευάσθη εἰδικὸς ἀντιπνευμονοκοκκικὸς ὀρρός.

Ἡ ἐμβολιοθεραπεία (ἐνεργητικὴ ἀνοσοποίησις) παρέσχεν ἐσχάτως ἄριστα ἀποτελέσματα καὶ εἶναι ἐν τῇ σηπτικῇ ὠτογενεῖ μικροβιαιμίᾳ λίαν διαδεδομένη, (*Alexander*, *Beck*, *Leidler*, *Rütlin*, *Sehlander*, *E. Urbantschitsch*). Κάλλιον εἶναι νὰ παρασκευάζηται αὐτεμβόλιον *(autovaccine)*, ἀλλὰ καὶ δι' ἑτεροεμβολίου *(Heterovaccine)* ἐν ἀνάγκῃ δυνάμεθα νὰ ἀρχίσωμεν τὴν θεραπείαν παρατηρηθέντων καὶ διὰ τούτου καλῶν ἀποτελεσμάτων.

Ἡ ἀντίδρασις ἐκ τῆς ἐμβολιοθεραπείας δέον νὰ μὴν εἶναι λίαν ἔντονος. Συνήθως ἐνίεμεν καθ' ἑκάστην (10 ἑκατομύρια μικροβίων 1% ἔνεσις) ἐνδοφλεβίως, αὐξάνοντες βαθμηδὸν (50, 100, κτλ.) τὴν δόσιν ἑκάστην δευτέραν ἡμέραν *(Leschke)*. Διὰ τὸν τρόπον τῆς παρασκευῆς τοῦ αὐτεμβολίου ἴδε μικροβιολογίαν Σάββα καὶ *Kolle Hetsch*. Ὑπὸ τοῦ *Boulay* καὶ *Winter* συνιστᾶται τὸ «*Tropidon*» πολύμικτον ἐμβόλιον (*Paris*) ἐνδομυϊκῶς παρεχόμενον ὁμοίαν ἐνέργειαν ἔχει καὶ ἡ *Omnadin* κ.λ.π.

Κατὰ τὸν *Bizello* διακρίνομεν τρεῖς μορφὰς τῆς ση-

πτικῆς μικροβιαιμίας ἀναλόγως τοῦ παθογόνου παράγοντος καὶ τοῦ τρόπου τῆς μολυσματικῆς αὐτοῦ ἐπιδράσεως, ἤτοι τὴν πυογόνον μόλυνσιν τοῦ αἵματος (Σταφυλόκοκκοι, βακτυρ. κόλου, πνευμονόκοκκος, στρεπτόκοκκος μὴ αἱμολυτικὸς) χαρακτηριζομένων ἐκ τῆς μακρᾶς διαρκείας τῆς νόσου καὶ τῶν μεταστάσεων. Τὴν τοξικὴν μόλυνσιν ὀφειλομένην κυρίως εἰς τὸν αἱμολυτικὸν στρεπτόκοκκον καὶ χαρακτηριζομένην ἐκ τῆς βαρύτητος τῆς κλινικῆς εἰκόνος καὶ τῆς ταχείας διαδρομῆς, καὶ τὴν ἀναερόβιον μόλυνσιν βαρυτάτην οὖσαν (*Bacillus Welsch, Fränkel, bac. perfringens, bulyricus, putrificus etc.*) Βεβαίως αἱ μορφαὶ αὗται δὲν εἶναι σαφῶς ἀφωρισμέναι ὅσον ἀφορᾷ τὴν βαρύτητα, μεταβαινούσης τῆς μιᾶς εἰς τὴν ἄλλην, ἡ διαίρεσις ὅμως αὕτη ἀποτελεῖ κατὰ τὸν *Buzello* καθοδηγητικὸν κυρίως νῆμα διὰ τὴν ἑκάστοτε ἐνδεικνυομένην εἰδικὴν θεραπείαν δεδομένου ὅτι τὰ διάφορα μικρόβια ὡς ἡ πεῖρα ἀπέδειξεν ἀπαιτοῦσι κατὰ τὸ μᾶλλον ἢ ἧττον εἰδικὴν καταπολέμησιν λόγῳ τῶν βιολογικῶν αὐτῶν ἰδιοτήτων καὶ τῆς διαφόρου ἀντοχῆς αὐτῶν. Οὕτω λ. χ. οἱ σταφυλόκοκκοι εἶναι λίαν εὐαίσθητοι κατὰ τῶν ἀλκαλικῶν διαλύσεων, οἱ γονόκοκκοι κατὰ τῶν χρωστικῶν, οἱ στεπτόκοκκοι κατὰ τῶν μεταλλικῶν ἐνέσεων. Γενικῶς δὲ μικρόβια μὴ χρωνύμενα κατὰ *Gram* εἶναι πλέον εὐπαθῆ ἔναντι τῶν ἀμυντικῶν μέσων τοῦ ὀργανισμοῦ καὶ τῶν εἰδικῶν θεραπευτικῶν μέσων, ἢ μικρόβια χρωνύμενα κατὰ *Gram* (λ. χ. Σταφυλόκοκκος), οὕτω κατὰ τὸν *Buzello* κατὰ τὴν ἄνω πρακτικὴν διαίρεσιν ἐπὶ πυογόνου **μολύνσεως** ἀπέδειξεν ἡ πεῖρα, ὅτι ἐνδοφλέβιοι ἐνέσεις ἀλκαλικῶν διαλύσεων 40% διαλύματος ἐν ὕδατι *Urotropine* λ.χ. δὶς τῆς ἡμέρας 10 κ. ἑκ. ἢ ἐσωτερικῶς 10—20 γραμ. **διττανθρακικοῦ** νατρίου, δίδουσι καλὰ ἀποτελέσματα. Ἡ θεραπεία αὕτη **ἀντενδεικνύται** ἐπὶ φυματικῶν ἀτόμων. Εἰς τὰς μολύνσεις ταύτας ἐνδείκνυται καὶ τὸ προαναφερθὲν *argochrom Merk*. Κατὰ τὸν *Buzello* εἰς

μικροτέρας δόσεις (0,05), 5 κ. ἑκ. ἐφ' ἅπαξ καθ' ἑκάστην. Καὶ ἡ *Argoflavin* (*Lassalle et Co. g. m. b. H. Frankfurt a. M.*) (0,2 ἐπὶ 20 κ. ἑκ. ἐνδοφλεβίως καθ' ἑκάστην).

Ἐπὶ μεγάλης ἐξανλήσεως τοῦ ὀργανισμοῦ κάλλιον νὰ μὴ χορηγῶνται αἱ μεταλλικαὶ αὗται ἐνέσεις. Ἐπίσης εἰς τὰς περιπτώσεις ταύτας, ἐνδείκνυται καὶ τὸ αὐτεμβόλιον.

Ἐπὶ τοξικῆς μολύνσεως ἐνδείκνυται ἡ χορήγησις ἐνδοφλεβίως ὀρροῦ ὑγιοῦς ἀτόμου μεμιγμένου κατὰ *Sahli* μετὰ πολυμίκτου ἀτιστρεπτοκοκκικοῦ ὀρροῦ (ὁ ὀρρὸς τοῦ ὑγιοῦς παρέχει τὸ συμπλήρωμα). Πρὸς ἀποφυγὴν τῆς ἀναφυλαξίας ἀραιοῦμεν τὸν ὀρρὸν τοῦ ὑγιοῦς 1 : 9. μετὰ φυσιολογικοῦ ὀρροῦ ἐνίεντες ἐνδοφλεβίως βραδέως. Ὀρροὺς μετὰ μεγάλης αὐταιμολύσεως κάλλιον νὰ μὴ χρησιμοποιοῦμεν. Οὕτω 150—200 κ. ἑκ. ὀρροῦ ὑγιοῦς ἀσήπτως εἰλημμένου ἀραιοῦμεν ἐκ 800 κ. ἑκ. φυσιολογικοῦ ὀρροῦ καὶ μετὰ τὸ πέρας τῆς ἐνέσεως ἐνίεμεν 30 –40 κ. ἑκ. ἀγοραίου πολυμίκτου ἀντιστρεπτοκοκκικοῦ ὀρροῦ. Ἡ ἔνεσις ἐπαναλαμβάνεται μέχρις ἐξαφανίσεως τῶν παροξυσμῶν καὶ τοῦ ῥίγους καὶ τῶν μικροοργανισμῶν ἀπὸ τοῦ αἵματος. Ἐπίσης ἐνεργεῖται ἡ πρωτεϊνοθεραπεία ὑποδορίως (*Aolan Caseosan*). Ἡ ἐνδομυϊκὴ ἔνεσις αἵματος συγγενῶν ἀτόμων λ. χ. 16 κ. ἑκ. διὰ σήριγγος περιεχούσης 4 κ. ἑκ. 2% διαλύματος κιτρικοῦ νατρίου (*Natrium citral*). Εἰς βαρείας περιπτώσεις παρέχεται καὶ ἐνδοφλεβίως. Ἐπίσης ὑπερτονικὸν διάλυμα γλυκογόνου (*glucose*) (0,8 γραμ. κατὰ χιλιόγραμ. μ. βάρους) ἐνίεται ἐνδοφλεβίως ὑποβοηθοῦν εἰς τὴν διούρησιν. Ἀντενδείκνυται ἐπὶ τῶν διαβητικῶν. Ἐπίσης *Iodipin* 20 % (5—10 κ. ἑκ. ὑποδορίως).

Κατὰ τῆς δι' ἀναεροβίων μικροβίων μολύνσεως οὐδὲν πραγματικῶς ἀποτελεσματικὸν μέσον διαθέτομεν. Ὑπό τινων συνιστᾶται ὁ ὀρρὸς *Weinberg*. Εἰς τὰς περιπτώσεις ταύτας δέον τοσοῦτον μᾶλλον τὴν γενικὴν ἀντίστασιν τοῦ

ὀργανισμοῦ νὰ ὑποστηρίζωμεν καὶ χειρουργικῶς τάχιστα νὰ ἐπεμβαίνωμεν ἐν εὐρείᾳ κλίμακι.

Ἀνακεφαλαιοῦντες τὴν δρᾶσιν ἡμῶν ἐπὶ τοῦ κόλπου ὡς ἐξῆς ἐν γένει προβαίνομεν ὑπαρχούσης πιθανότητος θρομβοφλεβοκολπίτιδος, ἀρχόμεθα δι' ἐγχειρήσεως ἀπολινοῦντες πρῶτον τὴν σφαγίτιδα φλέβα μεθ' ὃ προβαίνομεν εἰς τὴν ἀνάτρησιν τῆς μαστοειδοῦς. Ἐὰν ἡ θρόμβωσις τοῦ κόλπου διαγνωσθῇ μόνον ἐκ τῆς ἐγχειρητικῆς αὐτοψίας, διακόπτομεν τὴν ἀνάτρησιν καὶ ἀπολινοῦμεν τὴν σφαγίτιδα μεθ' ὃ καὶ πάλιν ἐξακολουθοῦμεν τὴν ἐκσμήλευσιν τῆς μαστοειδοῦς καὶ ἐγχείρησιν τοῦ κόλπου. Μετὰ τὴν ἀποκάλυψιν τοῦ πάσχοντος κόλπου, ὡς ἀνωτέρω περιεγράψαμεν, τότε ἐὰν μὲν εὕρωμεν τὸν κόλπον φυσιολογικόν, ὡς ἀνωτέρω περιεγράψαμεν οὐδεὶς λόγος ὑπάρχει πρὸς παρακέντησιν, ἐὰν ἡ παρακέντησις τοῦ κόλπου παρουσιάσῃ θρόμβον, διανοίγομεν τὸν κόλπον κατὰ τὰς ἀνωτέρω ἐκτεθείσας ὁδηγίας περατοῦντες οὕτω ἐν μιᾷ καὶ μόνῃ συνεδρίᾳ τὴν ἐγχείρησιν, διὰ τῆς ἀφαιρέσεως παντὸς πάσχοντος τμήματος τοῦ ὀστοῦ ἢ τῶν κόλπων καὶ τῆς σφαγίτιδος, μὴ παραμελοῦντες νὰ ἐρευνήσωμεν μήπως συνυπάρχει ἐσωτερικὴ παχυμηνιγγῖτις, μηνιγγῖτις ἢ ἐγκεφαλικὸν ἀπόστημα ἐπὶ παρουσίᾳ δὲ τούτων καταλλήλως πάντοτε ἐπεμβαίνοντες.

ΠΟΡΕΙΑ ΤΟΥ ΠΥΡΕΤΟΥ ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΕΓΧΕΙΡΗΣΙΝ ΕΠΙ ΩΤΟΓΕΝΟΥΣ ΣΗΠΤΙΚΗΣ ΜΙΚΡΟΒΙΑΙΜΙΑΣ

Εὐνοϊκὴν ἔκβασιν δηλοῖ ἡ λυτικὴ πτῶσις τοῦ πυρετοῦ τὴν 5—6 ἡμέραν μετὰ τὴν ἐγχείρησιν καὶ παραμονὴν τούτου εἰς τὸ φυσιολογικόν. Τοὐναντίον νέαι πυρετικαὶ ὑψώσεις μετὰ ῥιγῶν δηλοῦσι νέας μεταστάσεις καὶ ἔκβασιν ἀμφίβολον. Πτῶσις τῆς θερμοκρασίας ἀμέσως μετὰ τὴν ἐγχείρησιν εἰς τὸ φυσιολογικὸν καὶ παραμονὴν ἐκεῖ σπα-

νίως δηλοῖ διακοπὴν τῆς πυαιμικῆς μολύνσεως καὶ ἴασιν, τοῦ πυρετοῦ ἀργότερον ἐκ νέου εἰσβάλλοντος.

Τοὐναντίον μετὰ τὴν ἐγχείρησιν ἀπότομος πτῶσις ἐκ τῆς ὑψηλῆς θερμοκρασίας εἰς τὴν φυσιολογικὴν ἢ ὑπὸ ταύτην ἀποτελεῖ κακὴν πρόγνωσιν, ἐπίσης κακὴ εἶναι ἡ πρόγνωσις ἐὰν μετὰ τὴν ἐγχείρησιν ἐπακολουθήσῃ διαλείπων πυρετὸς καὶ εἶτα συνεχὴς ὑψηλός, τὸν ἐπικείμενον θάνατον δηλοῖ πτῶσις τοῦ πυρετοῦ μετὰ μεγάλης συχνότητος τοῦ σφυγμοῦ.

ΚΡΙΣΙΣ ΕΠΙ ΤΗΣ ΑΞΙΑΣ ΤΗΣ ΕΓΧΕΙΡΗΣΕΩΣ

Ἐὰν προστρέξωμεν εἰς τὴν στατιστικὴν τοῦ *Körner* καὶ τὴν τοῦ *Alexander* βλέπομεν ὅτι ὁ μὲν *Körner* ἐπὶ 79 ἐγχειρήσεων τοῦ κόλπου ἀναφέρει 41 ἰαθείσας καὶ 37 ἀπολεσθείσας εἰς θάνατον καὶ 1 περίπτωσιν ἀγνώστου ἐκβάσεως. Ἐκ τῶν εἰς θάνατον ἀπολεσθασῶν περιπτώσεων, εἰς 12, αἰτία ἦτο ἡ σηπτικὴ μικροβιαιμία μετὰ πνευμονικῶν ἀποστημάτων, Εἰς 5 σηπτικὴ μικροβιαιμία ἁπλῆ, εἰς 11 λεπτομηνιγγῖτις, εἰς 3 ἡ σηπτικὴ μικροβιαιμία καὶ ἡ λεπτομηνιγγῖτις, εἰς 2 ἐγκεφαλικὸν ἀπόστημα εἰς 1 *Choc*, εἰς 3 ἡ αἰτία τοῦ θανάτου δὲν ἀνευρέθη.

Ὅσον ἀφορᾷ τὴν ἀπολίνωσιν τῆς σφαγίτιδος φλεβὸς αὕτη ἐπὶ 38 περιπτώσεων ἐγχειρηθεισῶν εἰς τὰς 16 δὲν ἐξετελέσθη, μὲ ἔκβασιν ἴασιν, εἰς ἑτέρας 41 ἐξετελέσθη μὲ 25 ἰάσεις καὶ μίαν ἀμφίβολον, καὶ εἰς 28 μὲν φορὰς ἡ ἀπολίνωσις ἐξετελέσθη πρὸ τῆς ἐκκενώσεως τοῦ κόλπου μὲ 18 βεβαίας καὶ 1 ἀβεβαίαν ἴασιν, ἅπαξ μεταξὺ τῆς ἀρχῆς καὶ τοῦ τέλους τῆς ἐκκενώσεως μὲ 0 ἴασιν, 10 φορὰς μετὰ τὴν ἐκκένωσιν μὲ 6 ἰάσεις, δὶς ἀπελινώθη ἡ σφαγῖτις ἄνευ ἐκκενώσεως τοῦ θρομβωθέντος κόλπου μὲ 1 ἴασιν.

Ἡ αὐτόματος ἴασις εἶναι σπανία καὶ ἐν γένει ἐπὶ μὲν ἀπολινώσεως ὁ *Körner* ἀναφέρει 61 % ἰάσεις ἄνευ δὲ

ἀπολινώσεως 42 %. Ὁ *Alexander* ἐπὶ 96 περιπτώσεων ἐγχειρηθεισῶν ἐπ' αὐτοῦ ἔσχε θνησιμότητα 16 % ἐνῶ προηγουμένως ἄνευ ἐγχειρήσεως ἡ θνησιμότης ἦτο 80—90 %. Τὸ τοιοῦτον ἀποδεικνύει ὅτι ἡ χειρουργικὴ ἐπέμβασις παρουσιάζει καταπληκτικῶς εὐνοϊκὰ ἀποτελέσματα.

1

Εἰκὼν 22. [Alexander].
Λεπτὰ ἀραχνοειδῆ πήγματα εἰς τὸ ἐκ τῆς νωτιαίας παρακεντήσεως ἐξαχθὲν ὑγρὸν φυματιώδους μηνιγγίτιδος, ἐπὶ παιδίου ἑνὸς ἔτους.

Εὐτυχῶς δυνάμεθα νῦν νὰ εἴπωμεν ὅτι ἡ ἐκ τῆς ἐπιπλοκῆς ταύτης θνησιμότης βαίνει μειουμένη ὡς ἐκ τῆς ἐγκαίρου διαγνώσεως καὶ χειρουργικῆς ἐπεμβάσεως, ἃς ἐλπίσωμεν δὲ ὅτι καὶ αἱ νέαι ἁλματικαὶ πρόοδοι τῆς μικροβιολογίας καὶ ἐμβολιοθεραπείας οὐκ ὀλίγον εἰς τὸν περιορισμὸν τῆς ἐπικινδύνου ἐπιπλοκῆς τῆς σηπτικῆς μικροβιαιμίας καὶ εἰς τὴν ἐλάττωσιν τῆς θνησιμότητος θέλουσι συντελέσει.

2

Εἰκὼν 23. [Alexander].
Τυπικὸν στηλοειδὲς πῆγμα μετὰ βάθρου εἰς τὸν πυθμένα τοῦ δοκιμαστικοῦ σωλῆνος καὶ τὴν ἐπιφάνειαν (περιθώριον) τοῦ ὑγροῦ ἐπὶ πυώδους διπλόκαὶ στρεπτοκοκκικῆς μηνιγγίτιδος.

3

Εἰκὼν 24. [Alexander].
Σχηματισμὸς κωνοειδοῦς πήγματος μετὰ λεπτῆς ἀπολήξεως εἰς τὸ ἐν τῆς νωτιαίας παρακεντήσεως ὑγρὸν πυώδους μηνιγγίτιδος (στρεπτόκοκκος ὁ πνογόνος)

Τέλος τοῦ πρώτου μέρους.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ALEXANDER G.— Klinische Studien zur Chirurgie der otogenen Meningitis. Arch. f. Ohrenh. Bd. 75, 1908.

— Zur Pathologie und pathologischen Anatomie der Pachymeningitis interna in Fällen otogener Pyaemie. Mon. f. Ohrenh. 1903, S. 105.

— Ueber die Anlegung einer Jugularisfistel in Fällen otogener Pyaemie. Zeitschr. f. Ohrenh. Bd. 47, S. 167.

— Ueber einen Fall von otogener infektiöser Thrombophlebitis ohne Fieber. Arch. f. Ohrenh. Bd. 64, S. 89.

— Sitz.— Ber. d. österr. otol. Ges. Intern. Zentralbl. f. Ohrenh. Bd. II, S. 132.

— Die otitische Sinusthrombose und Pyaemie. Oesterr. Aerztezeitung 1907)8.

— Ber. d. k. k. österr. Ges. d. Aerzte, 31 Mai 1907.

— Otogene Sinusphlebitis, Sinusthrombose, Pyaemie und Bakteriämie. Wien. med. Woch. 1912, Nr. 19—28.

— Die Ohrenkrankheiten im Kindesalter.

BARTELS.— Augenhintergrund bei Hirnsinusthrombose. Z. f. Augenh. 1909, H. 1.

BECK O. — Mon. f. Ohrenh. Jg. 56, H. 1, S. 52.

— Mon. f. Ohrenh. Jg. 57, H. 5, S. 395.

— Mon. f. Ohrenh. Jg. 57, H. 7, S. 600.

BEHM M. — Zur Pathogenese und Klinik der primären otogenen Thrombose des Bulbus venae jugularis. Z. f. Hals, Nasen, Ohrenh. Bd. IV. S. 394.

— Zeitschr. f. Hals, Nasen, Ohrenh· IV. Bd. III. Heft (Literatur).

BENNECKE.—Münchn. med. Woch. 1915, Nr. 39.

BESREDKA. —Anaphylaxie et antianaphylaxie. (Paris).
BIRKHOLZ. - Arch. f. Ohren, Nasen, Kehlk. (Denker) Bd. 109, H. 2, 3.
BONDY. — Zur Klinik und Pathologie der otitischen Sinusthrombose. Mon. f. Ohrenh. 43. Jg., H. 9.
— Zur Frage der Sinusthrombose nach Freilegung des gesunden Sinus. Arch. f. Ohrenh. Bd. 85.
BOULAY et WINTER.— Ann. des mal. de l'oreille, du larynx, du nez et du pharynx.Bd.41 Nr.6. S.602-607, 1922.
BRAUNSTEIN.—Arch. f. Ohrn. Bd. 54, 1901. (Liquordiagnostik).
BRIEGER. — Ueber die Abhängigkeit otogener Allgemeininfektion von Veränderungen der Hirnblutleiter. Arch. f. Ohrenh. 1907, LXXIV.
BROCK. — Zeitschr. f. Ohrenh. 66.
BRUHL. — Ohrenheilkunde.
BRUNNER. — Wundinfektion und Wundbehandlung. 1899.
BURCKNER.--Arch. f. Ohrenh 19.
BUZELLO A. — Zur Therapie der pyogenen, toxischen und putriden Blutinfektion. Zentralbl. f. Hals, Nasen, u. Ohrenh. Bd. III, H. 2, S. 49.
CALDERARA - PINKOROLI, — S. ital. di otol. 1911, XXII, S. 34.
CAMPBELL M.—Laryngoscope. Bd. 32, Nr. 10, S. 775-782 1922.
DENKER-BRUNNINGS. — Lehrbuch der Krankheiten des Ohres und der Luftwege.
DIETRICH A. — Störungen des Kreislaufs. Path. Anat. Aschoff.
ΔΗΜΗΤΡΙΑΔΟΥ ΣΤ. ΔΗΜΗΤΡΙΟΥ. — Αἱ διαπυητικαὶ φλεγμοναὶ τοῦ μέσου ὠτὸς καὶ αἱ ἐκ τούτων συνέπειαι 1895.
» » Τὸ ἔσω οὖς καὶ αἱ φλεγμοναὶ αὐτοῦ 1922.
FLEISCHMANN.— Zur Frage des diagnostischen Wertes der Lumbalpunktion bei der zerebralen Komplikation der Mittelohreiterung.
Arch. f. Ohrenh. Bd. 102.
FREMEL F. — Mon. f. Ohrenh. Jg. 56, H. 4, S. 279.
GERMAN. — Wiesbadener Ohr. etz. Kongressber. S. 135. Zeitschr. f. Hals, Nasen, Ohrenärzte III. Bd.
GROSS F. — Zur Klinik der Kondyloidenthrombose. Zeitschr. f. Ohrenh. u. f. Krankh. d. Luftwege, Bd. 82, H. 1/4, S. 19 25, 1922.

GRUENING.—New-York med. Record 1909.
HAYMANN.—Int. Zentralbl. f. Ohrenh. Bd. VII, S. 579. (Experimentell.)
— Arch. f. Ohrenh. Bd. 83, H. 1-2.
— Beitr. z. Anat., Phys., Path. u. Ther. d. Ohren., Nasen und Halsorg. Bd. 18, H. 1/2, S. 50—104, 1922.
HEINE. — Operationen am Ohr. Berlin.
HERZOG. — Bakteriologische Blutuntersuchungen bei Sinusthrombose. 20. Vers. d. D. otol. Ges. in Frankfurt a. M.
JANSEN. — Erfahrungen über Sinushirnthrombose. Arch. f. Ohrenh. Bd. 35 u. 36.
— Arch. f. Ohrenh. Bd. 33, 1892, Bd. 36, 1893.
— Verh. d. D. otol. Ges. 1895, 196.
— Arch. f. Ohrenh. Bd. 35, S. 290.
— Verh. d. D. otol. Ges. 1901, 13.
— Zeitschr. f. Ohrenh. Bd. 29, 1896. Otogene Pyaemie.
JANSEN-KOBRAK.—Praktische Ohrenheilkunde für Aerzte.
JOCHMANN. -Lehrbuch der Infektionskrankheiten. Springer 1914.
KOBRAK. — Int. Zentralbl. f. Ohrenh. Bd. 1, H. 8. (Referat.)
— Arch. f. Ohrenh. Bd. 45, 1907.
KORNER. — Die otogenen Erkrankungen des Hirns, Hirnhäute und Blutleiter. III. Aufl. 1902.
— Die otitischen Erkrankungen des Hirns, Hirnhäute, Blutleiter. 189[illegible].
KOLLE-HETSCH.— Die experimentelle Bakteriologie und die Infektionskrankheiten. 1917, 4. Aufl. II. S. 1193.
KUHNE. — Zeitschr. f. Ohrenh. 54, 1907, 81.
KUMMEL. — Jahrb. f. ä, Fort. 1911.
— Mitt. a. d. Grenzg. Suppl. III.
LABLA K. —
LANGE W.—Endokranielle Komplikationen. Handb. Path. Anat. d. Ohres von P. Manasse.
LANGE J. —Zeitschr. f. Ohrenh. u. f. d. Krankh. d. Luftwege, Bd. 82, H. 1/4, S. 9—18, 1922.

LEIDLER R. — Ueber intrakranielle Erkrankungen otitischen Ursprungs. Wien. med. Woch. Nr. 15, 1909.
LENHARZ. — Die septischen Erkrankungen. Nothnagels spezielle Pathologie u. Ther. 1913, III, 2.
LESCHKE E. — Die Sepsis. Kraus-Brugsch, Spezielle Path. u. Ther. Wien (Lit.).
LEUTERT. — Ueber die otitische Pyaemie. A. f. Ohrenh. XLI, XXXI.
— Arch. f. Ohrenh. Bd. 74. (Bakteriologisch).
— Arch. f. Ohrenh. 74. Schwarz-Festschrift.
LEXER. — Lehrbuch der Chirurgie. 1920.
LIBMANN. — John Hopkins Hosp, bull. XXIX, p. 274.
MILLIGAN WIL. — Journ. of Laryng. and otol. Bd. 38, Nr. 1, S. 317, 1923.
MORGENROTH. — Berl. klin. Woch. 1917, Nr. 3.
— Jahrb. f. ärztl. Fortb. Jan. 1917.
— und *Tugendreich*, Bioch. Zeitschr. 1917, LXXIX, S. 257.
MOURE. — Intern. Zentralbl. f. Ohrenh. Bd. VII. S. 455.
NEUMANN. — Der otitische Kleinhirnabszess. Wien-Deuticke.
— Zeitschr. f. Ohrenh. Bd. 49, S. 319.
— Oest. otol. Ges. 21. V. 1917.
— Zur Klinik und Pathologie des otitischen Schläfelappenabszesses. Zeitschr. f. Ohrenh. Bd. 49.
— Oest. otol. Ges. Z. f. Ohrenh. 2. 366.
PAPPENHEIM. — Ueber Druckmessung bei der Lumbalpunktion. Med. Klin. 1918, Nr. 45.
PHLEBS. — Arch. f. Ohrenh, Nasen, Kehlkopfk. 1923, Denker. (Lit).
PHOTAKIS. — Deutsch. med. Woch. 1915, Nr. 44.
POLITZER. — Lehrbuch der Ohrenheilkunde.
POPPER. — Mon. f. Ohrenh. Jg. 56. H. 7, S. 557.
RUTTIN. — Otitische lymphadenogene Septibopyaemie. Ges. d. Aerzte Wien, 19 Mai 1916. Wien. med. Woch. 1916, S. 943.
— Mon. f. Ohrenh. Jg. 57, H. 5, S. 393.
— Mon. f. Ohrenh. Jg. 56, H. 7, S. 563.
SCHAFER-HIEBER. — Arch. f. klin. Med. 1913, CXII, H. 1.

SCHLANDER.—Mon. f. Ohrenh. Jg. 57, H. 1, S. 59.
SCHOTTMÜLLER.—Mitt. a. d. Grenzg. 1910, XXI. (Lit. Leschke).
SHEMELEY W.—Ann. of otol. rhin. and lar. Bd. 31, Nr. 3 S. 869-877, 1922.
STEIN. — Zur Frage der Pyaemie durch Osteophlebitis. Zentralbl. f. Ohrenh. 77, 4.
STREIT. — Histologische Frage zur Pathologie der Meningitis und Sinusthrombose. Arch. f. Ohrenh. Bd. 63 und 88.
STUBER. — Kongr. f. inn. Med. 1913, S. 487.
TANDLER. —.Mon. f. Ohrenh. Jg. 41, II. Heft.
TRAUTMANN—Arch. f. Ohrenh. Denker, Bd. 110, H. 2/3, S. 176.
UFFENORDE.—Beitrag zur otogenen Allgemeininfektion. Zeitschr. f. Ohrenh. 1910, LX, S. 107.
URBANTSCHITSCH E.—Mon f. Ohrenh. Jg. 43, H. 1, 2, 3.
— Mon. f. Ohrenh. Jg. 57, S. 388.
— Mon. f. Ohrenh. Jg. 57, H. 5. S. 395.
— Mon. f. Ohrenh. Jg. 56, H. 6, S. 485.
— Mon. f. Ohrenh. Jg. 56, H. 5, S. 385.
URBANTSCHITSCH V. — Lehrbuch der Ohrenheilkunde. V. Aufl.
VOSS. — Zeitschr. f. Ohrenh Bd. 50, Bd. 49, 1904.
— Berl. klin. Woch. 1904, S. 786.
WEICHSELBAUM F. — d. Med. 1887.
WEINBERG.—Ueber Blutuntersuchung bei Otitis media ac. besonders in den ersten Stadien. (Z.f.oh.)
WIEGLER.—Münchn. med. Woch. 1915, Nr. 17.
WITTMAACK.—Zeitschr. f. Ohrenh. Bd. 47.
WODAK. — Passow Beitr. 17, 1/3.
WOLF. — Zeitschr. f. Ohrenh 66, 3/4. H.
ZAUFAL. — Prag. med. Woch. 1880 und 1884.
— Arch. f. Ohrenh. Bd 58, S. 135.
— Verh. d. D. otol. Ges. 1895, S. 117.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΜΕΡΟΣ ΠΡΩΤΟΝ

Αἱ ὠτογενεῖς ἐνδοκρανιακαὶ ἐπιπλοκαί . . . . . Σελ 5
Παθολογικὴ ἀνατομικὴ (ἐξωτερικὴ παχυμηνιγγῖτις—ἐξωτερικὸν ἐπὶ τῆς σκληρᾶς μήνιγγος ἀπόστημα εἰς τὴν ὀπισθίαν καὶ μέσην κρανιακὴν κοιλότητα) . . . . . » 9
Πορεία . . . . . » 20
Συμπτώματα . . . . . » 22
Διάγνωσις . . . . . » 27
Πρόγνωσις . . . . . » 31
Θεραπεία . . . . . » 32
Ἡ ὠτογενὴς θρομβοκολπίτις καὶ θρομβοφλεβίτις, σηπτικὴ μικροβιαιμία, τοξιναιμία, μετὰ καὶ ἄνευ μεταστάσεων (πυαιμία, σηψαιμία) . . . . . » 35
Παθολογικὴ ἀνατομική . . . . . » 36
Συμπτώματα . . . . . » 51
Ἐπιπλοκαὶ τῆς θρομβοκολπίτιδος . . . . . » 57
Μορφαὶ τῆς σηπτικῆς μικροβιαιμίας . . . . . » 64
Διαφορικὴ διάγνωσις . . . . . » 69
Πρόγνωσις . . . . . » 77
Θεραπεία . . . . . » 80
Πορεία τοῦ πυρετοῦ μετὰ τὴν ἐγχείρησιν ἐπὶ ὠτογενοῦς σηπτικῆς μικροβιαιμίας . . . . . » 97
Κρίσεις ἐπὶ τῆς ἀξίας τῆς ἐγχειρήσεως . . . . . » 98
Βιβλιογραφία . . . . . » 101
Περιεχόμενα . . . . . » 105

ΕΤΕΡΑ ΕΡΓΑ ΤΟΥ ΑΥΤΟΥ ΣΥΓΓΡΑΦΕΩΣ

1.— Αἱ διαπυητικαὶ φλεγμοναὶ τοῦ μέσου ὠτὸς καὶ αἱ ἐκ τούτων συνέπειαι, θέσις ἐπὶ ὑφηγεσίᾳ. Ἐν Ἀθήναις 1897.

2.— Ἀνάτρησις τῆς μαστοειδοῦς ἀποφύσεως μετὰ διανοίξεως τῆς κρανιακῆς κοιλότητος, ἐπὶ χρονίας πυώδους μέσης ὠτίτιδος, ἴασις. (Τὰ ὑπ' ἀριθμ. 2—16 καὶ 18 περιλαμβάνονται ἐν ἰδιαιτέρῳ τεύχει ὑπὸ τὸν τίτλον : «Διάφοροι ἐπιστημονικαὶ ἐργασίαι ὑπὸ Δημητρίου Στυλ. Δημητριάδου».

3.— Ἡ ἱστορία τῆς ὠτολαρυγγορινολογίας.—Λόγος ἐκφωνηθεὶς ἐπὶ τῇ ἐνάρξει τῶν μαθημάτων ὑμῶν ἐν τῇ Ἰατρικῇ Σχολῇ τοῦ Πανεπιστημίου τῇ 28 Φεβρουαρίου 1896.

4.— Ὀξὺς ῥευματισμὸς τοῦ κατὰ τὸ γόνυ ἄρθρου συνεπείᾳ καυτηριάσεως τῆς ῥινός.—(Ἀνακοίνωσις ἐν τῷ ἐν Ἀθήναις Πανελληνίῳ Ἰατρικῷ Συνεδρίῳ 6—11 Μαΐου 1901).

5.— Τὸ μυξοίδημα ὡς αἰτία νόσου τοῦ Menière.—(Ἀνακοίνωσις ἐν τῷ ἐν Ἀθήναις Πανελληνίῳ Ἰατρ. Συνεδρίῳ 6—11 Μαΐου 1901).

6.— Περὶ ὠταιματώματος.—(Ἀνακοίνωσις ἐν τῷ ἐν Ἀθήναις Πανελληνίῳ Ἰατρικῷ Συνεδρίῳ 6—11 Μαΐου 1901).

7.— Ἰριδοχοροειδῖτις, διαπυητική, ἀναπτεχθεῖσα μετὰ ὀξεῖαν μέσην πυώδη ὠτίτιδα, ἐξόρυξις τοῦ ὀφθαλμοῦ, ἀνάτρησις τῆς μαστοειδοῦς ἀποφύσεως, ἴασις.—(Ἀνακοίνωσις ἐν τῷ ἐν Ἀθήναις Πανελληνίῳ Ἰατρικῷ Συνεδρίῳ 6—11 Μαΐου 1901).

8.— Στατιστικὴ τῶν παρ' ἡμῖν ὠτικῶν νοσημάτων.—(Ἀνακοίνωσις ἐν τῷ ἐν Ἀθήναις Πανελληνίῳ Ἰατ. Συνεδρίῳ 6—11 Μαΐου 1901).

9.— Περίπτωσις Λεπτοτριχιάσεως.—(Ἀνακοίνωσις ἐν τῷ ἐν Ἀθήναις Πανελληνίῳ Ἰατρικῷ Συνεδρίῳ 6—11 Μαΐου 1901).

10.— Περὶ ἐγχειρήσεως τῆς μαστοειδοῦς ἀποφύσεως ἐν γένει καὶ περὶ τριῶν ῥιζικῶν ἐγχειρήσεων τῆς μαστοειδοῦς μετὰ ἰάσεως. Ἤτοι

περὶ τῶν πρώτων ῥιζικῶν ἐγχειρήσεων τῆς μαστοειδοῦς παρ' ἡμῖν. —('Ανακοίνωσις ἐν τῷ ἐν 'Αθήναις Β' Πανελληνίῳ 'Ιατρικῷ Συνεδρίῳ 4—8 Μαΐου 1903).

11.— 'Επιθηλίωμα τοῦ λάρυγγος εὐμέγεθες, ἀφαιρεθὲν διὰ καταλλήλων λαρυγγικῶν λαβίδων ἀπὸ τῶν ἀεροφόρων ὁδῶν, ἤτοι ἄνευ λαρυγγοτομίας.—('Ανακοίνωσις ἐν τῷ ἐν 'Αθήναις Β' Πανελληνίῳ 'Ιατρικῷ Συνεδρίῳ 4—8 Μαΐου 1903).

12.—Περὶ ξένου σώματος, ἤτοι τεμαχίου ὀστοῦ, παραμείναντος ἐπὶ 6 μῆνας ἐν τῇ τραχείᾳ.—('Ανακοίνωσις ἐν τῷ ἐν 'Αθήναις Β' Πανελληνίῳ 'Ιατρικῷ Συνεδρίῳ 4—8 Μαΐου 1903).

13.—'Αλλότριον σῶμα ἐν τῷ εἰσοφάγῳ, ἤτοι κλὰξ ἐκ σκληροῦ κόμμεως καὶ ἀγκίστρων μετὰ τριῶν τεχνητῶν ὀδόντων, οἰσοφαγοσκόπησις ἀπόπειρα ἐξαγωγῆς τῇ χρήσει εἰσοφαγοσκοπίου καὶ λαβίδων, οἰσοφαγοτομία, θάνατος).—('Ανακοίνωσις ἐν τῷ ἐν 'Αθήναις Ε΄ Πανελληνίῳ 'Ιατρικῷ Συνεδρίῳ 10—18 'Απριλίου 1906).

14.—Τραχειστομία ἕνεκα παραλύσεως τῶν κρικοαρυταινοειδῶν μυῶν τοῦ λάρυγγος.—('Ανακοίνωσις ἐν τῷ ἐν 'Αθήναις Ε΄ Πανελληνίῳ 'Ιατρικῷ Συνεδρίῳ 10—18 'Απριλίου 1906).

15.—'Ινωμα τῆς τραχείας ἀφαίρεσις αὐτοῦ διὰ τοῦ βρογχοσκοπείου. —('Ανακοίνωσις ἐν τῷ ἐν 'Αθήναις Ε΄ Πανελληνίῳ 'Ιατρικῷ Συνεδρίῳ 10—18 'Απριλίου 1906).

16.—Δύο ξένα σώματα ἐν τῷ κοίλῳ τοῦ ὠτός· ἐκ τούτων τὸ ἓν ἐν τῇ εὐσταχιανῇ σάλπιγγι.—('Ανακοίνωσις ἐν τῷ ἐν 'Αθήναις Ε΄ Πανελληνίῳ 'Ιατρικῷ Συνεδρίῳ 10—18 'Αριλίου 1906).

17.—Ueber fremde Körper, Würmer uud Insekten in menschlichen Ohr und ihte Behandlung von den ältesten Zeiten bis heute.—Mit 47 in den Text gendruckten Abbildungen und 6 Tafeln mit antiken chirurgisch-otolohichen Instrumenten. 'Εκ 248 σελίδων. Athen. 1909.

18.—Ueber Inhalationen im Altertum und die mannigfachen Mathoden derselben zur Heilung der verschiedenen Krankheiten, mit zwei Abbildungen eines antiken gläsernen Jūhalationgefässes. «XVI Congrès International de médecine. Budapest Août-Septembre 1909. Compte—Rendu. Section XV Laryngologie, Rhinologie. Seite 670.

19.—Antwort auf die Kritik des Horrn Sudhoff über mein Werk: «Uber fremde Körber, Würmar und Insekten im

menschlichen Ogr und ihre Behandlung von den ältesten Zeiten bis heute». (Ἔλεγχος τῆς ἐπιπολαίου κριτικῆς τοῦ ἐν τῷ ἐν Λειψίᾳ Πανεπιστημίῳ καθηγητοῦ κ. Sudhoff).

20.— «Περὶ τῶν ἀδενοειδῶν ἐκβλαστήσεων, τῆς τούτων θεραπείας καὶ τῆς παρ' ἡμῖν συχνότητος αὐτῶν. Μετ' εἰκόνων. Ἀθῆναι 1911».

21.— Geschichte der Ohrenheilkunde—Griechenlrnde. (Δημοσιευθεῖσα ἐν τῷ Geschichte der Oheenheilkunde von Dr Adam Politzer. II. Band. Stuttgard. 1913. Seite 422).

22.— Ἐναρκτήριος λόγος ἐπὶ ἐκτάκτῳ καθηγεσίᾳ. Ἀνάπτυξις τῆς ὠτορινολαρυγγολογίας.

23.— Ἡ Θεραπεία τῆς ὀζαίνης. Ἀθῆναι 1917.

24.— Ἐπίτομος ὠτολογία—φαρυγγολογία—λαρυγγολογία καὶ ῥινολογία, μετὰ 67 εἰκόνων.—Ἀθῆναι 1919.

25.— Eine neue Ohrlupe (Ὠτοσκόπιον 2 εἰκόνων). Monatsschrift für Ohrenheilkunde und Laryngo-Rhinologie (Rerlin—Win 1921).

26.— Περὶ ὀζαίνης καὶ τῆς θεραπείας αὐτῆς, μονογραφία ἐν συνεργασίᾳ μετὰ τοῦ μικροβιολόγου ἰατροῦ κ. Κ. Μουτούση, γερμανιστί, συμπεριληφθεῖσα εἰς τὸ ἐπὶ τῇ ἑξηκονταετηρίδι τοῦ ἐν Βιέννῃ καθηγητοῦ τῆς λαρυγγολογίας κ. M. Hajek, πρὸς τιμὴν αὐτοῦ ἐκδοθὲν σύγγραμμα.

27.— «Περὶ τῶν κατὰ τὸ οὖς, ῥίνα, λάρυγγα τραυμάτων τῶν βαλκανικῶν Πολέμων». Ἀνακοίνωσις τοῦ ἐν aberdeeu τῆς Σκωτίας Διεθνοῦς ὠτορινολαρυγγολογικοῦ Συνεδρίου 1914).

28.—Beiträge zûr Aetiologie uue Vaceimbehandlung der Ozaena (κοινοῦ μετὰ Κ. Μουτούση) Festschrift von M. Hajeh 1921.

29.— Τὸ ἔσω οὖς καὶ αἱ φλεγμοναὶ αὐτοῦ. Ἀθῆναι 1922.

ΠΑΡΟΡΑΜΑΤΑ

Σελ.	5	στίχφ	16	ἀντὶ συνδιασμός,	γράφε	συνδυασμοί
»	13	»	10	» ἐνδολυμφικοῦ	»	ἐνδολεμφικοῦ
»	16	»	4	» καρωτοῦ γράφε	καμαρωτοῦ	(διὰ μικρῶν στοιχείων)
»	19	»	8	» κροταφικοῦ,	γράφε	ἐγκεφαλικοῦ
»	24	»	32	» Bouer,	»	Bauer
»	25	»	19	» ἐπωδίνων.	»	ἐπωδύνων
»	26	»	1	» ἀνωτέρω,	»	ἀνώτερον
»	34	»	8	γράφε κρανιακῆς κάψης, ἐπὶ δυσχερῶν...		
»	34	»	22	ἀντὶ ἰοδοφοριούχους, γράφε		ἰωδοφορμιούχους
»	34	»	29	γράφε τὴν πρώτην ἀλλαγὴν ταχύτερον, ἔτι		
»	37	»	7	Ἐν τῇ ἐπεξηγήσει τῆς εἰκόνος ἀνάστρεψον τοὺς ἀριθμοὺς οὕτω : ἀντὶ τοῦ 1 τὸ 3. Ἀντὶ τοῦ 3 τὸ 2.		
»	38			ἀντὶ ἐπιμήκης ἀνώτερος γράφε		ἄνω ἐπιμήκης
»				» ἐπιμήκης κατώτερος »		κάτω ἐπιμήκης
»				» ἀνώτερος πετρώδης »		ἄνω λιθοειδὴς
»				» κατώτερος πετρώδης »		κάτω λιθοειδὴς
»				» κατωτέρα ὀφθαλμικὴ »		κάτω ὀφθαλμικὴ
»	39	»	14	ἀντὶ Boudey,	γράφε	Bondy.
»	42	»	9	» σφυγμοειδοῦς,	»	σιγμοειδοῦς
»	47	»	22	» λυμφατικῶν	»	λεμφικῶν
»	49	»	20	» ἀκτίνα,	»	ἀκτῖνα
»	50	»	28	» Balaguée,	»	Ballange
»	52	»	30	» ἁπλῶς	»	ἁπλῆς
»	53	»	16	» ἐπέμβασις	»	ἐπέκτασις
»	53	»	19	» σπανίως	»	σπάνια
»	53	»	20	» πρὸς τὰς παθήσεις	»	πρὸς τὰς ἐκ παθήσεως.
»	55	»	1	» βρόγχος	»	βράγχος
»	55	»	8	» τάσεως	»	ἰάσεως
»	56	»	33	» μίγνυται	»	μείγνυται
»	59	»	9	» ἢ	»	καὶ
»	59	»	16	» Mffenrede	»	Uffenorde
»	60	»	5	» αἱμολοτικὸς	»	αἱμολυτικὸς
»	60	»	3	περιγραφῇ, προστεθήτω : ὑπὸ διαφόρων		
»	60	»	21	» Germain	γράφε	German
»	60	»	22	» τρεῖς	»	εἴκοσι τρεῖς
»	60	»	31	» κηλοτήτων	»	κοιλοτήτων
»	60	»	31	» Kallobs	»	Kollaps
»	62	»	2	» Totten	»	Toten
»	62	»	10	» τοξικῶς	»	τοξικῆς

Σελ.	63	στίχφ	16	ἀντὶ	ἰνώδης	γράφε	ἰνῶδες
»	62	»	19	»	Sie	»	Lie
»	62	»	30	»	Blutbeldes	»	Blutbildes
»	63	»	14	»	πύεσις	»	πίεσις
»	64	»	6	»	Flebs	»	Phlebs
»	68	»	5	»	εἰς τὴν πλευρὰν	»	ἐν τῷ ὑπεζωκότι
»	68	»	25		εἶναι τά, προστεθήτω : τοιαῦτα		
»	68	»	29		Σβέσον τὰ παρενθετικὰ σημεῖα.		
»	70	»	21	ἀντὶ	πλασμοδίων	γράφε	πλασμωδίων
»	70	»	3	»	ἀπεστειρομένου	»	ἀπεστειρωμένου
»	77	»	3	»	ἄρχεται	»	ἄρχονται
»	78	»	30	»	Σηραγγειώδους	»	σηραγγώδους
»	79	»	27	»	Lenshke	»	Leschke